



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE  
COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**MAURO VIEIRA**

**MODELO DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA  
PARTICIPAÇÃO POPULAR EM SISTEMAS MUNICIPAIS DE  
SAÚDE**

**FLORIANÓPOLIS (SC)  
2010**



**MAURO VIEIRA**

**MODELO DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA PARTICIPAÇÃO  
POPULAR EM SISTEMAS MUNICIPAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,  
da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para  
a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup> Maria Cristina Marino Calvo, Dr<sup>a</sup>

**FLORIANÓPOLIS (SC)  
2010**





SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

## **“Modelo de avaliação da gestão da participação popular em Sistemas Municipais de Saúde”**

AUTOR: Mauro Vieira

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE:

**MESTRE EM SAÚDE COLETIVA**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Ciências Humanas e Políticas Públicas

**Prof. Dr. Sérgio Fernando de Torres Freitas**

Coordenador do Programa de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA:

**Profa. Dra. Maria Cristina Marino Calvo**

(Presidente)

**Dr. Luiz Antônio Silva**

(Membro Externo)

**Profa. Dra. Sônia Natal**

(Membro)

**Profa. Dra. Josimari Telino de Lacerda**

(Suplente)



## AGRADECIMENTOS

Agradeço prof<sup>a</sup>. Maria Cristina Calvo, orientadora, pela oportunidade do convívio neste ambiente universitário de defesa do sistema público de saúde e o aprendizado que dele resulta, por compartilhar seu conhecimento, e, especialmente pela sua dedicação na busca conjunta de um trabalho final de qualidade.

Aos demais professores do Mestrado em Saúde Coletiva, assim como aos membros das bancas de qualificação do projeto e defesa da dissertação.

Às Secretarias Municipais de Saúde dos municípios da AMFRI e AMMVI pela colaboração no andamento dos trabalhos.

A UFSC, e ao sistema público brasileiro de ensino como um todo, responsáveis por 16 anos de minha caminhada até aqui.

A minha família que construiu as bases para um presente que é só motivação.

A Olguita, companheira de todas as horas.

E aos conselheiros de saúde de uma maneira geral, que no seu trabalho voluntário demonstram a dignidade que existe na busca pelo bem coletivo.

A todos, muito obrigado.





## RESUMO

A participação social na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde é definida em legislação resultante da atuação do movimento conhecido como Reforma Sanitária, surgida no contexto de retorno à democracia pós-ditadura militar, especialmente por meio da Constituição Federal, das Leis 8.080/90 e 8.142/90, e da Resolução nº 333/03 do Conselho Nacional de Saúde. Apesar da qualidade da estruturação legal referente aos conselhos, inúmeras situações têm dificultado a atuação deste canal de democracia participativa frente a sua função. Embora haja grandes dificuldades para a participação com propriedade dos atores políticos deste colegiado gestor, a sua existência permitiu positivamente a incorporação de novos atores políticos no processo de tomada de decisão pública, antes monopolizado pela burocracia estatal. Frente às suas responsabilidades é importante que os conselheiros e gestores disponham de informações e análises que favoreçam a reflexão sobre a qualidade da condição para a atuação dos conselhos de saúde. Identifica-se desta maneira a necessidade da construção de um modelo para a compreensão da realidade das condições para a atuação do controle social previsto na legislação. Neste contexto, a área da avaliação pode contribuir significativamente. O presente estudo trata-se de uma pesquisa avaliativa, a qual objetiva elaborar um modelo de avaliação da gestão para o controle social, produzindo informações que contribuam para o aperfeiçoamento do trabalho de tomada de decisões desenvolvido pelo controle social. O instrumento utilizado para a pesquisa foi um questionário baseado em uma matriz avaliativa, construída por meio de um modelo teórico, validados em oficinas de consenso com especialistas, e aplicado em duas associações de municípios de Santa Catarina. Os resultados foram apresentados na forma de um artigo científico inédito.

**Palavras-chave:** controle social, conselho de saúde, participação popular, avaliação.

## ABSTRACT

The social participation in formulation of strategies and control of the implementation of health policies is defined by legislation resulting from the actions of the movement known as Reforma Sanitária, which arose in the context of a return to democracy after military rule, especially through the Federal Constitution, Laws 8.080/90 and 8.142/90, and Resolution 333/03 of the National Health Council. Despite the quality of the legal structure relation to the councils, many situation have interfered the performance of this channel of participation democracy. Although there are great difficulties for the participation with quality of the political actors of these administration committees, its existence has positively allowed the incorporation of new political actors in the process of public decision, before monopolized by the state bureaucracy. About their responsibilities, it's important for councilors and managers to have information and analysis to encourage reflection about the quality of the health councils performance. By this way is identified the necessity of building a model for understanding the reality of the conditions for the work of social control recommended by the law. In this context, the area of assessment can contribute significantly. The present study is an evaluative study, which aims to develop an evaluation model for management of social control, producing information that contributes to improving the work of decisions developed by social control. The instrument used for the survey was a questionnaire based on an evaluative matrix, constructed by a theoretical model, validated in workshops with expert consensus, and applied to two municipalities associations of Santa Catarina. The results was presented as a inedit cientific reasearch

**Key-words:** social control, health councils, popular participation, evaluation.

:

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABNT - Norma Técnica da Associação Brasileira de Normas Técnicas  
AMFRI – Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí  
AMMVI - Associação dos Municípios do Médio Vale do Rio Itajaí  
CF - Constituição Federal  
CMS – Conselho Municipal de Saúde  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias  
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe das Ciências da Saúde  
NOAS - Normas Operacionais de Assistência à Saúde  
NOBs - Normas Operacionais Básicas  
PMS – Plano Municipal de Saúde  
PAS – Programação Anual de Saúde  
PPA – Plano Plurianual  
RGA – Relatório de Gestão Anual  
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina  
SCIELO - Scientific Eletronic Library Online  
SUS - Sistema Único de Saúde



## LISTA DE FIGURAS E QUADROS

### PARTE I

Figura 1 - Modelo teórico-lógico de avaliação da gestão da participação popular nos sistemas municipais de saúde.....	33
Figura 2 - Mapa da regionalização de Santa Catarina (AMMVI) Associação dos Municípios do Médio Vale do Rio Itajaí e da AMFRI - Associação dos Municípios do Vale do Rio Itajaí.....	43
Quadro 1 – Indicadores, medidas, parâmetros e valor da dimensão estrutura da matriz avaliativa da gestão da participação popular .....	36
Quadro 2 – Indicadores, medidas, parâmetros e valor da dimensão representatividade da matriz avaliativa da gestão da participação popular.....	37
Quadro 3 – Indicadores, medidas, parâmetros e valor da dimensão dinâmica organizacional da matriz avaliativa da gestão da participação popular .....	38
Quadro 4 – Indicadores, medidas, parâmetros e valor da dimensão Sistema de Planejamento do SUS da matriz avaliativa da gestão da participação popular .....	39
Quadro 5 – Indicadores, medidas, parâmetros e valor da dimensão autonomia da matriz avaliativa da gestão da participação popular .....	40
Quadro 6 - Proposta de classificação da gestão da participação popular nos sistemas municipais de saúde segundo seus indicadores, dimensões e sintético final .....	42
Quadro 7 – Indicação de reestruturação das perguntas do questionário pós-teste de aplicabilidade.....	45

## PARTE II

Figura 1 – Modelo teórico-lógico de avaliação da gestão da participação popular nos sistemas municipais de saúde.....57

Tabela 1 – Juízo de valor (1 = bom, 0 = ruim) segundo indicador, dimensões e porte populacional. Municípios das Associações de Municípios do Vale do Rio Itajaí, e Médio Vale do Rio Itajaí – SC, 2010. ....63

Tabela 2 – Distribuição de municípios segundo porte, dimensão de análise e juízo de valor na avaliação da gestão da participação popular. Associações de Municípios do Vale do Rio Itajaí, e Médio Vale do Rio Itajaí – SC, 2010. ....64

Tabela 3 – Soma dos valores dos indicadores e sua conversão em escores de avaliação, segundo dimensão de análise e porte populacional. Municípios das Associações de Municípios do Vale do Rio Itajaí, e Médio Vale do Rio Itajaí – SC, 2010. ....66

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO AOS LEITORES.....	17
PARTE I: PROJETO DE PESQUISA .....	19
1 INTRODUÇÃO .....	21
2 REFERENCIAL TEÓRICO .....	24
2.1 Teoria democrática.....	24
2.2 A Reforma Sanitária e o arcabouço jurídico do SUS .....	25
2.3 Conselhos de saúde .....	30
2.4 Avaliação em saúde.....	37
3. OBJETIVOS .....	41
3.1 Objetivo geral.....	41
3.2 Objetivos específicos .....	41
4. METODOLOGIA .....	42
4.1 Características do estudo.....	42
4.2 Construção do modelo de avaliação.....	42
4.2.1 Modelo teórico-lógico.....	42
4.2.2 Matriz avaliativa .....	42
4.2.3 Validação de indicadores .....	45
4.2.4 Pré-teste do questionário.....	51
4.2.5 Formação de juízos de valor .....	51
4.3 Métodos e instrumentos .....	53
4.3.1 Sujeitos de pesquisa .....	53
4.3.2 Teste de aplicabilidade do modelo.....	54
4.4 Análise dos dados.....	54
4.5 Aspectos éticos da pesquisa .....	55
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	57
PARTE II – ARTIGO CIENTÍFICO INÉDITO .....	63
APÊNDICES.....	85





## APRESENTAÇÃO AOS LEITORES

Esse documento foi apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

As normas do curso estabelecem que o documento final inclua um artigo científico inédito, a ser encaminhado para uma revista especializada da área.

Atendendo a essa determinação, essa dissertação está apresentada em duas partes:

- **Projeto de pesquisa:** apresentado para a banca examinadora de qualificação, incluindo: introdução, referencial teórico, objetivos, metodologia, referências bibliográficas e apêndices da pesquisa;
- **Artigo científico inédito:** apresentando os resultados da pesquisa.

A organização desse documento tem como objetivo acelerar a divulgação dos resultados das pesquisas. O artigo está formatado de acordo com as normas da revista Cadernos de Saúde Pública.

A primeira parte desse documento inicia com uma revisão de literatura que fundamenta teoricamente a temática abordada, e segue com os objetivos e metodologia utilizada na pesquisa. Na sequência há ainda as referências das bibliografias consultadas, e os anexos e apêndices: indicadores de avaliação, carta convite para especialistas para oficina de consenso e para conselheiros para pré-teste do questionário, orientações pós-aceite para especialistas para oficina de consenso, questionário para coleta de dados dos municípios, carta de apresentação aos coordenadores dos conselhos de saúde sobre os objetivos da pesquisa, e modelo de autorização para coordenadores de conselhos para realização do estudo. A segunda parte do documento apresenta o artigo científico.



## **PARTE I: PROJETO DE PESQUISA**

### **MODELO DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR EM SISTEMAS MUNICIPAIS DE SAÚDE.**



## 1. INTRODUÇÃO

Em uma sociedade muito ampla se faz necessário o governo representativo, porém a participação do indivíduo não deve se restringir à escolha de seus representantes, mas também ao desenvolvimento da democracia na sua base. Isto corresponde ao preceito da democracia participativa, da qual os conselhos de saúde fazem parte. Os conselhos de saúde estão presentes em aproximadamente 5.500 municípios no país, arregimentando aproximadamente 72.000 conselheiros, constituindo um importante elemento integrante da atenção à saúde brasileira.

A participação da sociedade no que se refere ao controle público da implantação e execução das políticas de saúde é tema definido na legislação brasileira, edificada durante os trabalhos de elaboração da Constituição em 1988, surgida no contexto histórico da redemocratização pós-período ditatorial. A participação da comunidade na definição das políticas públicas no que se refere à saúde é apresentada no Capítulo da Seguridade Social da Constituição Federal, estando especificada pela Lei Federal nº 8.142, de 1990, e complementada com os indicativos da Resolução nº 333, de 2003, do Conselho Nacional de Saúde, com as recomendações de composição, organização e competência dos conselhos de saúde. A legislação referente ao controle social na saúde é ainda completada pelas Leis 8.080/90, Lei Complementar 101/00, e as portarias do Ministério da Saúde 3176/06 e 3332/06.

O exercício destas responsabilidades identificadas na legislação referente aos conselhos de saúde de formular estratégias e controlar a execução da política de saúde tem repercussão no desenvolvimento da democracia. Sua consequência é o empoderamento da população, especialmente no que se refere ao fazer-se político do indivíduo, importante para o desenvolvimento da sociedade.

A objetividade da constatação da importância do desenvolvimento da democracia contrapõe-se à complexidade da distribuição da participação e da influência política dentro dos conselhos de saúde, o que explica a heterogeneidade existente no país e os limites de suas atuações. A participação assume sempre a forma de influência política, onde a influência de cada ator, entendida como eficácia da ação em alcançar os seus objetivos políticos, está, em alguma medida, associada aos recursos de que ele dispõe. Porém, as relações de poder existentes no interior dos mesmos devem levar em consideração não só as dimensões estruturais, mas a interação entre elas, já que as influências

socioeconômicas e políticas podem funcionar como obstáculos à participação.

Neste sentido, inúmeras situações têm dificultado ou comprometido a atuação destes canais frente a sua função. Condições inadequadas de funcionamento, mínima existência de comissões, desequilíbrio entre estrutura e mobilização, elitização da representação, representatividade desarticulada da base, pouca resolutividade no encaminhamento das deliberações, ingerência da gestão sobre a pauta, rompimento da autonomia. São vários os problemas relacionados ao seu funcionamento. Por outro lado, é verdade que a simples existência dessas instituições, ela própria o resultado da luta política, permitiu a incorporação de determinados atores políticos no processo de tomada de decisão pública, antes monopolizado pela burocracia estatal.

Frente a estas responsabilidades é importante que os conselheiros e gestores disponham de informações e análises que favoreçam sua reflexão sobre a qualidade da atuação dos Conselhos de Saúde. É necessário ter instrumentos que permitam responder a pergunta a qual a pesquisa buscou esclarecimento: quais as condições que os Conselhos de Saúde têm para desenvolver as suas atividades?

Neste contexto, a área da avaliação pode contribuir significativamente, já que embora exista um arcabouço jurídico bem específico referente à participação social no controle da execução das políticas públicas em saúde, observa-se em contrapartida uma lacuna importante a ser preenchida referente à avaliação da atuação do controle social resultado desta legislação.

O presente estudo teve como objetivo de desenvolver e aplicar modelo de avaliação da gestão da participação popular em municipais de saúde, com o intuito de produzir informações que contribuam para o aprimoramento do trabalho desenvolvido pelo controle social.

Os pressupostos que orientaram a escolha do objeto foram: a) o Conselho de Saúde é responsável pela estratégia na formulação e no controle da execução das políticas de saúde; b) existem condições mínimas a serem observadas para o exercício efetivo das atribuições do Conselho de Saúde; c) o uso da avaliação pode contribuir para a reflexão para tomada de decisão e aperfeiçoar o trabalho dos Conselhos de Saúde.

Este projeto de dissertação, apresentado de acordo com o formato proposto pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva inicia com uma revisão de literatura que fundamenta teoricamente a temática abordada, e segue com os objetivos e metodologia utilizada na

pesquisa. Na seqüência os resultados são apresentados na forma de um artigo científico.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Teoria democrática

Em uma sociedade muito ampla se faz necessário o governo representativo. Pateman (1992) coloca que a participação do indivíduo não deve se restringir à escolha de seus representantes e sim a conferir o máximo de oportunidade de debate nos níveis locais. Desenvolvem-se, desta maneira, qualificações e habilidades que possibilitam uma aproximação às atividades desses representantes, podendo dessa forma controlá-los. O autor entende que a teoria participativa da democracia funciona como “uma democracia direta na base e como um sistema representativo nos outros níveis”. As formulações da democracia representativa ancoram-se no pressuposto que a “sociedade é formada por indivíduos consumidores de bens políticos e que se associam aos distintos grupos em busca da maximização de seus interesses” (SILVA, 2003).

Tomada neste sentido, Wendhausen e Cardoso (2007) concorda que a principal função da democracia participativa é a educativa, pois é por meio da participação que o cidadão aprende o que é democracia, de maneira que quanto mais os indivíduos participam, melhor capacitados se tornam para fazê-lo. A autora coloca que para existir uma forma de governo democrático é necessária a máxima participação da sociedade, pois esta tem um efeito integrativo, ajuda o indivíduo a aceitar as decisões coletivas, assim como promove e desenvolve as próprias qualidades que lhes são necessárias. Isto faz com que os cidadãos desenvolvam virtudes democráticas, com tendência a atuar positivamente no espaço político, visando proteger os direitos públicos e autonomia civil.

Na teoria participativa, “a participação refere-se à participação igual na tomada de decisões e igualdade política refere-se à igualdade de poder na determinação das conseqüências das decisões” (PATEMAN, 1992). Este processo decisório é composto de uma “cadeia de decisões tomadas por representantes em diferentes arenas políticas” (LINDBLOM, 1981), envolvendo um “conjunto de processos políticos que levam à formulação e à implementação das ações práticas e promovem a efetivação da política proposta”. O processo decisório “não é ordenado com princípio, meio e fim definidos, mas um complexo caminho, onde soluções para um grupo podem representar problemas para outro, pois é o resultado de diversas decisões tomadas com base em



análises técnicas e escolhas racionais individuais e considerações subjetivas” (WENDHAUSEN e CARDOSO, 2007).

O entendimento do que é o empoderamento é uma questão chave para que os preceitos legais referentes às funções dos conselhos de saúde possam ser exercidos, especialmente quando os mesmos buscam como objetivo final o desenvolvimento da democracia e de um “projeto de saúde que tenha compromisso com a transformação do *status quo*, a produção dos sujeitos e da saúde” (CARVALHO, 2004). Este mesmo autor opta em seu artigo por utilizar o termo “*empowerment*”, pois considera que a tradução fidedigna para o nosso idioma mostra-se difícil, já que as referências “apoderar” (empoderamento), e “emancipar” (“*emancipación*”), trazem a significação de “apossar-se” e “tornar livre”, respectivamente, não correspondendo em seu entender em uma tradução adequada. Assim, o autor interpreta o termo como um processo e um resultado de ações que afetam a distribuição do poder, levando a um acúmulo ou desacúmulo de poder, no âmbito das esferas pessoais, intersubjetivas e políticas. Entretanto, como coloca Martins (2008), “para promover tal redistribuição, é necessário haver participação política com o intuito de democratizar o poder, o que significa subordinar o funcionamento do Estado à sociedade”, de maneira que empoderamento construa-se como um processo por meio do qual pessoas ou comunidades adquirem maior controle sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde.

## **2.2 A Reforma Sanitária e o arcabouço jurídico do SUS**

A adoção do modelo de saúde previsto na Constituição Federal de 1988, centrado no Direito Universal à saúde, na organização de uma rede de serviços com um sistema de atenção integral à saúde, com hierarquização e regionalização do atendimento, foi resultante de um movimento do processo político-governamental brasileiro que sintonizou com o ideário dos Sistemas Públicos de Saúde nos projetos existentes em outros países. Esta “tradição internacional advogava a necessidade de reformas sociais em prol do bem-estar das populações, especialmente no Terceiro Mundo por meio de movimentos políticos socialistas, trabalhistas e desenvolvimentistas” (CAMPOS, 2006).

Neste contexto, surgiram na década de 70 as sementes de um movimento de superação do *status quo* vigente que se convencionou chamar de Reforma Sanitária. No caso brasileiro, foram os movimentos político-sociais organizados que ansiavam ocupar espaços que

permitissem o retorno do regime democrático ao país após o período ditatorial existente desde o golpe militar de 1964.

O projeto da Reforma Sanitária foi gerado na luta contra o autoritarismo e pela ampliação dos direitos sociais, especialmente contra o projeto concebido e reforçado em 21 anos de ditadura, analisado e debatido na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Supunha a reforma do Estado na perspectiva de sua “publicização”, a “retomada do desenvolvimento econômico compatível com a distribuição mais justa da renda nacional e a priorização dos investimentos sociais pelas políticas públicas” (PAIM, 1992). Os ideários desta Reforma culminariam com a institucionalização de legislação por meio da Constituição Federal (BRASIL, 1988) e a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), surgindo em um contexto político de redemocratização.

Segundo Campos (2006), “a reforma sanitária brasileira pode ser considerada tardia, já que surge como um reformismo em saúde no momento histórico que as concepções socialistas e de estado de bem-estar em todo o mundo apresentavam-se em declínio, com a prática do neo-reformismo liberal cada vez mais presente”. Apesar disso, a Reforma Sanitária foi considerada bem sucedida devido ao importante grau de democratização quando da formulação e execução de suas políticas, introduzindo uma diretriz inovadora que determinou a criação de democracia direta e de gestão participativa, reforçando a idéia do controle público da ação governamental por segmentos da sociedade civil.

Fica então definido constitucionalmente o Sistema Único de Saúde (SUS) como “um sistema público de saúde, nacional, de caráter universal, baseado na concepção de saúde como direito de cidadania, na noção de unicidade e ao mesmo tempo nas diretrizes organizativas de descentralização, com comando único em cada esfera de governo, integralidade do atendimento e, como foco principal de nossa atenção, a “participação da comunidade” (BRASIL, 2002). Por meio desta se consubstanciou “o avanço da municipalização com a descentralização da gestão que chega aos distritos sanitários, estabelecimentos e serviços de saúde para que os usuários e cidadãos organizados pudessem participar e beneficiar-se desta gestão descentralizada” (FLEURY, 2007).

Este desenvolvimento histórico na construção da participação popular na vida política brasileira culminou na construção da legislação por meio da Constituição Federal de 1988 que abriu perspectivas para “apoiar ações no domínio social, ou ações na esfera pública que pudessem remeter à questão social, tanto por dar tratamento privilegiado

aos direitos sociais que ela inscreve, quanto por oferecer instrumentos que possibilitariam ao cidadão concretizar as exigências de um Estado de Justiça Social, fundado na dignidade da pessoa humana” (DALLARI, 1996).

A organização social desenhada na Constituição de 1988 prevê a participação do povo na gestão pública. Na área da saúde pública a participação se faz de extrema importância, pois permite que a população participe do controle da qualidade dos serviços e ações de saúde, uma vez que, sendo ela mesma a usuária, é uma das principais conhecedoras dos problemas e das soluções para as suas demandas.

Estes canais de participação são encontrados no Capítulo da Seguridade Social, no Artigo nº 194, que afirma que “a participação da comunidade é objetivo a ser alcançado pelo poder público na gestão administrativa e descentralizada”, o que é reforçado em Artigo nº 198, onde “a participação da comunidade é uma das diretrizes da organização das ações e serviços de saúde” (BRASIL, 1988). Este Artigo nº 198 é regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, e especialmente pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990), que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta Lei indica que o Conselho de Saúde é uma instância colegiada de caráter permanente e deliberativo, com a representação dos usuários consubstanciada de forma paritária. A lei afirma ainda que para receber os recursos do Fundo Nacional de Saúde - FNS os municípios, estados e Distrito Federal deverão contar com conselho de saúde, o que reforça a importância do controle da execução da política de saúde no componente que refere aos aspectos econômicos e financeiros. Esta participação tem a finalidade de ampliar o chamado “controle social” na gestão do Sistema Único de Saúde por meio dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde. Esta estruturação em participação popular em saúde fez com que no Brasil existisse um total de 5.564 conselhos de saúde, contando com 72.184 conselheiros titulares, dos quais 36.638 representam os usuários do SUS (MOREIRA e SCOREL, 2009).

Um documento de grande importância como referência na orientação do desenvolvimento dos conselhos de saúde, complementar à Lei 8.142/90 constitui-se na Resolução nº 333/03, de 4 de novembro de 2003, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que aprova as diretrizes para “*criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde*” (BRASIL, 2003). Este fortalecimento, em termos de orientações normativas as ações pertinentes do controle público por meio dos conselhos de saúde, foi fruto do acúmulo da

experiência do controle social, da reiterada demanda dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, e dos debates até então ocorridos nas Conferências de Saúde. Esta resolução foi um aperfeiçoamento da Resolução nº 33, de 12 de novembro de 1991, a qual aprovou as *“recomendações para a constituição e estruturação dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde”*.

Há duas portarias do Ministério da Saúde onde a participação do conselho de saúde se apresenta como componente específico, relativas aos instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS: a Portaria 3.332, de 28/12/06, que “aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS”, e a Portaria 3.176, de 24/12/06, que “aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão e quanto a informações sobre o Plano de Saúde”. O sistema de planejamento do SUS tem por finalidade possibilitar o provimento dos meios para o aperfeiçoamento contínuo da gestão participativa, apoiando a participação e o controle social por meio de seus instrumentos básicos, o Plano de Saúde (PS), as Programações Anuais de Saúde (PAS) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG).

A Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, que “estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências”, determina a elaboração do projeto de lei orçamentária anual compatível com o Plano Plurianual (PPA) e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) de que tratam as Portarias 3.332/06 e 3.176/06. A Lei assegura a transparência mediante incentivo à participação social, e por meio de sua proposta de planejamento, transparência, controle e fiscalização das contas públicas, alia-se às atribuições do conselho de saúde.

Importante salientar a discussão na literatura relativa ao termo constitucional “controle social”, o qual deveria ser substituído pelo termo “controle público” (CARVALHO, 2006; PESTANA, VARGAS e CUNHA, 2007). O “termo controle social tem sido usado por diversos autores da sociologia clássica para designar os processos de influência da sociedade (ou do coletivo) sobre o indivíduo”, ou seja, o controle do estado sobre a sociedade. O controle público passa a constituir-se na “perspectiva de a sociedade civil organizada, de caráter popular, fazer valer no cotidiano o seu direito de cidadania de influenciar as políticas públicas com o objetivo de que estas atendam a suas necessidades, exercendo sua cidadania ao tomar decisões sobre a destinação da verba pública” (PESTANA, VARGAS e CUNHA, 2007). Neste sentido “as ações do controle público dos conselhos gestores de políticas públicas

deveriam contemplar os ideais de participação e igualdade social, mas ao contrário têm restringido seu potencial democrático, limitando o controle da população sobre as decisões do governo e o acesso às informações” (FUKS, 2002). Assim não conseguimos fazer a inversão social do conceito de controle social, tradicionalmente considerado pela sociologia.

É preciso também entender que o caminho que culmina na valorização do controle público na gestão da saúde acompanhou o desenrolar do processo de descentralização que se desenvolvia na nova ordem dos estados nacionais a nível mundial. Segundo Viana (2002), esta descentralização foi fruto da debilitação do “*Welfare State*”, na busca pela eficiência e equilíbrio financeiro devido ao endividamento público crescente, assim como pela transição, especialmente no caso do Brasil, do autoritarismo para a democracia, com a emergência de autoridades administrativas independentes, e, em última instância, devido às características do federalismo brasileiro.

Foi neste caminhar descentralizador, objetivando operar as transformações previstas na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, que foram construídas as Normas Operacionais Básicas (NOBs) de 91, 92, 93 e 96, seguidas pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e 2002, e mais recentemente o chamado Pacto pela Saúde em 2006, que normatizaram a construção da descentralização do sistema de saúde brasileiro. Estas NOBs instituíram os modelos de cadastramento de municípios para o repasse de verbas, os quais recebiam maior montante quanto maior a complexidade dos serviços. Isto implicava que municípios de pequeno porte possuíam limites muito importantes, já que a verba era escassa, causando uma dependência muito grande dos centros maiores. Com relação a esta questão, Carvalho (2001) coloca que na verdade a autonomia que um município de pequeno porte tem na atenção à saúde é pequena frente aos programas verticalizados do Ministério da Saúde, já que a utilização das verbas é previamente alocada nos diferentes programas. Isto “quebra a autonomia dos municípios em endereçar as verbas para prioridades locais, dificultando a gestão do sistema municipal, e a atuação do controle social para definir as políticas públicas na saúde”. O mesmo autor reflete sobre as NOBs, colocando que elas “representam o coroamento de um processo burocrático recentralizador com hegemonia absoluta do Ministério da Saúde e discreta divisão de poder com os estados e os municípios” já que as mesmas “incorreram na ousadia de descumprirem a Constituição Federal e as leis 8.080/8.142” no que se refere ao processo de descentralização. Paim (1992) também concorda com esta

ilegalidade e inconstitucionalidade das portarias, comentando a respeito do equívoco de “municipalização limitada à transferência parcial da gestão ao município, mas sem mudança do paradigma”, distanciando dessa forma da municipalização proposta pela Reforma Sanitária, especialmente referente “à integralidade da atenção, ao compromisso com as necessidades sociais e à solução dos problemas de saúde da população”. Importante considerar conforme Solla (2006) sobre o último componente do processo de descentralização chamado de Pacto da Saúde, que embora o mesmo apresente um avanço especialmente no seu componente “Pacto de Gestão” - o qual prevê alocação de recursos de uma maneira muito positiva na regulação e planejamento dos serviços e para o controle social - apresenta, contraditoriamente, baixa permeabilidade a este, no momento em que não identifica onde o mesmo controlará o que é decidido a nível regional.

### **2.3 Conselhos de saúde**

Quanto aos estudos sobre conselhos de saúde, merece destaque a análise sobre a cultura política e a influência política dos conselhos gestores de políticas públicas de Fuks (Fuks, Parissinotto e Ribeiro, 2003; Fuks, 2005, e Fuks e Perissinotto, 2006). Sobre a cultura política, os autores estudaram as atitudes e motivações subjetivas dos atores sociais, a sua conduta política e seus efeitos sobre o funcionamento das instituições democráticas, e a maneira que a posse de recursos convencionais e não convencionais determinam a participação e a influência política em um conselho em saúde.

Foram a preocupação com a dimensão subjetiva dos fenômenos políticos e a possibilidade de fortalecimento do regime democrático que nortearam as reflexões de Fuks e colaboradores. Seus estudos observaram que a experiência nos conselhos produziu um impacto positivo sobre o interesse de seus integrantes por política. Todavia, as especificidades dos integrantes determinaram que o impacto dessa experiência fosse percebido de maneira diferenciada pelos diversos segmentos analisados. Ainda assim a cultura política é um recurso desigualmente distribuído, constituindo-se uma das condições da desigualdade política.

Os autores consideram que a participação assume sempre a forma de influência política, sendo importante observar que a “influência de cada ator”, entendida como eficácia da ação em termos da consecução de seus objetivos políticos, está, em alguma medida, “associada aos recursos de que ele dispõe”. Os autores entendem que os

recursos são meios disponíveis para os indivíduos e as organizações aumentarem sua capacidade de ação e influência política, correspondendo a “recursos convencionais” (renda e escolaridade, no caso de indivíduos, e materiais e humanos, no caso das organizações) e “não convencionais” (individuais – o engajamento político e as orientações subjetivas, e coletivas – rede de apoio político e padrões dominantes de ação política). Os estudos de Fuks mostraram que nenhum segmento controla em regime de monopólio qualquer um dos recursos, mas em relação aos recursos individuais, confirmou-se o esperado: a fragilidade do usuário em relação à posse de recursos tradicionais, tanto individuais como coletivos, colocando-o em condições inequívocas de desvantagem em relação aos demais segmentos.

Ao estudar a participação dos diferentes atores nas reuniões de conselho de saúde por meio do uso da palavra e o encaminhamento de proposta nas reuniões, os pesquisadores observaram que o conselho é uma instituição em que há permeabilidade à participação da população, tendo destaque o segmento dos usuários como o mais atuante, tanto no debate como no encaminhamento de propostas para deliberação. Este segmento dos usuários foi percebido como o principal responsável pelo estabelecimento de uma relação de equilíbrio entre os segmentos da sociedade civil e os setores do conselho que atuam em nome da administração pública.

Uma análise preliminar dos dados referentes à posse de recursos tradicionais indicaria que a distribuição da influência política no Conselho deveria seguir a seguinte ordem: gestor, prestador, trabalhador e usuário, o que evidencia, quando se observou a atuação destacada do usuário na dinâmica interna do processo decisório durante o estudo, que estes recursos tradicionais são insuficientes para entendermos os processos por meio dos quais a influência política é exercida.

Os autores observaram que a posse de recursos tradicionais não explica o ativismo político dos usuários porque desconsidera ao menos três outras dimensões igualmente importantes para a ação política. A primeira, mais subjetiva, diz respeito à “propensão dos conselheiros para o engajamento político”, medida em termos do interesse (cognitivo e emocional) por política, manifestada pela busca de informações em jornais e telejornais, e da competência política subjetiva que se refere ao sentimento que os conselheiros têm de influenciar no campo da política. A segunda, mais prática, assume a forma de “engajamento eleitoral, associativismo e filiação partidária”; e a terceira – de natureza menos

prática – refere-se a atributos coletivos de caráter mais complexo do que os recursos organizacionais, como a “rede de apoio político e a ação reiterada junto às instituições estatais”, os quais foram aspectos da influência política que sempre estiveram presentes no desenrolar da atuação dos conselheiros, embora em diferentes níveis conforme o segmento que os mesmos representavam.

Os estudos de Fucks permitem observar quão complexo é a distribuição da participação e da influência política dentro dos conselhos gestores e, por conseguinte, dos conselhos de saúde. É esta complexidade que explica parte da heterogeneidade dos conselhos de saúde no país e as diferenças e limites das suas atuações.

Embora vários pesquisadores posicionem-se positivamente quanto ao potencial que os colegiados gestores da saúde têm verdadeiramente de exercerem a sua função prevista na legislação e da importância que os mesmos representam no desenvolvimento e consolidação da democracia, inúmeras situações têm dificultado, ou comprometido a atuação destes canais (FUCKS, 2005; GRISSOTTI e PATRÍCIO, 2006, GUARANA, 2008; LABRA, 2002; PESTANA, VARGAS e CUNHA, 2007, VAN STRALEN, 2006; WENDHAUSEN, BARBOSA e BORBA, 2006, WENDHAUSEN e CARDOSO, 2007). São vários os problemas relacionados ao seu funcionamento, e como coloca Labra (2002), especialmente os referentes à “legitimação e eficácia dessas arenas, pouca adesão dos governantes, e disseminação ainda capilar desses valores no seio da sociedade”.

O clientelismo é identificado por diversos autores como um dos importantes componentes que prejudicam a atuação dos conselhos (CARVALHO, 2006; GUARANA, 2008; LABRA e FIGUEIREDO, 2002; WENDHAUSEN e CARDOSO, 2007). Para Carvalho (2006) é uma “tradicional tendência do Estado brasileiro que inviabiliza a democracia”.

Dallari (1996), Martins (2008) e Pestana Vargas e Cunha (2007) fazem considerações importantes referentes à questão da cidadania. A porção da população que se utiliza dos serviços públicos apresenta-se relegada uma “cidadania da escassez”, ou uma “cidadania de segunda classe” (PESTANA, VARGAS e CUNHA, 2007), onde “o controle do Estado ora dá, ora retira, oportunidades do poder de decisão da população de acordo com seus interesses, criando uma dependência muito forte das entidades representativas da população frente ao mesmo”. Por outro lado, também se observa uma “universalização excludente”, já que a universalização do acesso aos serviços acaba excluindo as camadas mais bem remuneradas da sociedade para o



sistema privado, cristalizando-se uma “sociedade com dois tipos de cidadão” (DALLARI, 1996). Este autor lembra que desta maneira há um prejuízo ao sistema no momento em que se exclui do mesmo um grupo social com tendência maior de se preocupar com a qualidade do serviço, o qual “poderia se portar de forma mais ativa como voz da sociedade”. Estas situações tendem a dificultar muito o andamento das funções pertinentes aos conselhos e a própria sociedade organizada de dar respostas mais contundentes com relação as suas necessidades, criando então uma verdadeira situação de “controle social” por parte do Estado. Como coloca Pestana, Vargas e Cunha (2007), esta “participação restrita com poderes limitados acaba sendo um importante motivo para o rompimento de sua autonomia. É, portanto, o controle de quem sobre quem?”.

A escolaridade é um tema recorrente quando da análise da estruturação e função dos conselhos de saúde, embora estudos que tenham se debruçado sobre a observação de conselhos de saúde, como o de Guaraná e Fleury (2008) e Pestana, Vargas e Cunha (2007), os tenham deixado de lado. O estudo de Wendhausen, Barbosa e Borba (2006), por exemplo, observou um alto grau de escolarização dentro dos conselhos quando demonstrou que 66% dos conselheiros tinham curso superior. Fuks (2005) observou em seu estudo que embora a categoria dos usuários seja a que apresenta os menores níveis de escolaridade com 60% dos usuários tendo até o ensino médio completo, no caso dos trabalhadores da saúde este nível de escolaridade cai para 28,6%, enquanto que no caso dos prestadores de serviço e gestores, todos seus integrantes já haviam ingressado no ensino superior. Neste sentido, Labra (2002) identificou em seu estudo que 43,3% dos 60 conselheiros usuários estudados apresentavam curso superior completo ou incompleto. Esta alta escolaridade é um recurso positivo para a participação, porém indica uma elitização da representação, onde somente indivíduos com elevado nível de educação conseguem ocupar o espaço político, ocorrendo uma exclusão das classes menos favorecidas, com conseqüentes atores sociais que não se identificam com a realidade vivida pela maioria da população. Este é um dos fatos que conduz a reflexão proposta por Wendhausen, Barbosa e Borba (2006) onde “deve ser pensado se realmente o objetivo é que as práticas dos conselhos possam influenciar no empoderamento dos mais excluídos”, ou a que propõe FUKS (2002), “se eles de fato são representativos e legítimos em relação aos anseios dos grupos a que pertencem”.

A estrutura corresponde à base a partir da qual os conselhos de saúde encontram possibilidade de desenvolver seus trabalhos com

propriedade, e corresponde a componente fundamental para o êxito de uma gestão participativa. Foram identificadas dificuldades no funcionamento dos conselhos de saúde no estudo dos autores Oliveira e Almeida (2009) referentes à estrutura pela “falta de assessoria e de espaço físico para reuniões”. Situação esta que, segundo Moreira e Escorel (2009), têm uma tendência de se perpetuar, pois a concentração de poder pelo Executivo implica que o mesmo seja “o único ator responsável por prover condições adequadas ao funcionamento dos conselhos, principalmente de infra-estrutura, recursos humanos e financeiros”. Para aumentar esta dificuldade, não há sanções pelo descumprimento desta responsabilidade do Executivo, ficando reduzido consideravelmente “os custos de reações que mitiguem ou neguem aos conselhos estrutura, equipamento, equipe e orçamento” (MOREIRA e ESCOREL, 2009)

Segundo Coelho *et al* (2010), apesar de importante, é necessária uma conjunção entre estrutura e mobilização, pois a “mobilização sem estruturação aumenta o risco de captura dos processos participativos por grupos mais organizados”, e a “estrutura sem mobilização pode facilmente implicar a adoção de procedimentos formais que contribuem para inibir uma participação mais espontânea e vívida”.

A representatividade deveria implicar na atuação do conselheiro de acordo com as demandas do grupo ou entidade que representam, tema este avaliado de maneira crítica por vários pesquisadores (GRISSOTI e PATRICIO, 2006; GUARANÁ e FLEURY, 2008; LABRA, 2002; WENDHAUSEN e CAPONI, 2002 e WENDHAUSEN, BARBOSA e BORBA, 2006; VAN STRALEN, 2006). Guaraná e Fleury (2008) observa que “a administração participativa tem reproduzido estruturas de privilégio, ao invés de promover a igualdade social”, fato este que se observa no momento que os setores mais qualificados passam a ser os porta-vozes de todos os seguimentos, “já que se tem observado freqüentemente que quem não se destaca, acaba excluído da participação”. A pesquisa que Wendhausen, Barbosa e Borba (2006) realizou em quatro conselhos gestores identificou que, da amostra de conselheiros: 68% disse ter sido indicado sem eleição; somente 5,7% citou diretamente a comunidade; e 13,2% a entidade que representava. Segundo Labra (2002), que estudou 16 conselhos de saúde de uma região metropolitana, 22% dos conselheiros atuavam sem qualquer conexão com a organização que representavam. Segundo Wendhausen, Barbosa e Borba (2006), estes resultados sugerem que “os componentes do conselho não são, com efeito, articulados àqueles que deveriam representar, ao passo que nem sempre respondem aos

interesses de quem os indicou ou de toda a sociedade”. Desta maneira, a legitimidade destes espaços fica bastante prejudicada.

A dinâmica do funcionamento do Conselho de Saúde foi estudada por Grissoti e Patrício (2006) no seu aspecto da relação do Conselho com a Secretaria de Saúde, produzindo questionamentos sobre o aspecto da legitimidade e da resolutividade das decisões. Os estudos realizados observaram que durante a sua dinâmica o conselho analisado “aprovou planos de aplicação de recursos tendo os mesmos sido finalizados pela Secretaria de Saúde sem uma análise rigorosa sobre seu processo de formulação, especialmente pela falta de conhecimento técnico e da realidade das condições de vida das comunidades, onde esta falta de legitimidade evidencia a visão por parte da gestão de um caráter formal e instrumental do conselho”. No estudo da dinâmica do conselho, foi observada a “pouca resolutividade a partir dos encaminhamentos e deliberações do mesmo, já que os temas não voltavam a ser discutidos, e quando raramente o foram, ocorreram em caráter meramente informativo, longe de uma proposta participativa”. A autora entende que isto se dá devido a que praticamente inexistente uma discussão mais global sobre o que é conselho, suas atribuições e seus limites, fato que permite a demonstração de desinteresse por parte dos conselheiros frente ao tema quando do surgimento das raras oportunidades para discuti-lo nas reuniões.

Ainda sobre a dinâmica organizacional dos conselhos de saúde, observa-se uma gerência muito grande da Secretaria de Saúde dos municípios, já que a mesma exerce a presidência do órgão em boa parte dos conselhos de saúde do país. Segundo Moreira e Escorel (2009), 66% dos conselhos de saúde são presididos pelos gestores do sistema de saúde, de maneira que há uma concentração de poder da pauta de discussão, o que determina o “rumo das discussões e decisões”. Como também observaram Cardoso (2006) e Wendhausen e Cardoso (2007) a agenda nos casos estudados foi quase que totalmente definida pela gestão, não sendo apresentada aos conselheiros com a antecedência necessária para análise, o que “compromete a dinâmica do processo de decisório, já que determina a aprovação automática dos assuntos da pauta sem discussões”. Também coloca Oliveira e Almeida (2009) que “a pauta por vezes vem pronta desde a Secretaria”, de maneira que seu estudo apontou, como componente de fortalecimento do controle social pelos conselheiros, a necessidade da antecipação da mesma.

O envolvimento dos conselhos de saúde nos componentes do Sistema de Planejamento do SUS com implicações orçamentárias, quais sejam, Plano de Saúde e Lei de Diretrizes Orçamentárias, são peças

fundamentais do desenrolar anual dos trabalhos do conselho de saúde. Como coloca Carvalho (2006), “nada pode ser feito que não esteja no orçamento, e nada pode ir para o orçamento sem estar no plano de saúde”. O orçamento na saúde é um assunto presente nas deliberações dos conselhos de saúde, porém, como a “prestação de contas é feita de um jeito que ninguém entende” (CARVALHO, 2006) o aperfeiçoamento deste processo deliberativo deveria ser feito por meio da obrigatoriedade dos gestores “encaminharem ao conselho de saúde o orçamento público e as ações, programas e políticas de saúde em sua etapa de formulação” (MOREIRA e ESCOREL, 2009). Desta maneira, um bom processo participativo não é o que reduz o envolvimento do governo nas decisões, mas, ao contrário, “o comprometimento ativo do Estado é crucial para fomentar a participação dos cidadãos” (COELHO *et al*, 2010).

Os pesquisadores Moreira e Escorel (2009) estudaram a dimensão “autonomia” nos conselhos de saúde, a qual apresentou desempenho ruim em âmbito nacional. Isto indica que “a ampliação de oportunidades de participação da população como estratégia para a ampliação da base social de apoio aos conselhos de saúde não tem sido efetiva para barrar as reações dos gestores”. Este fato é corroborado com o fato de que seus estudos observaram que não existem comissões em 89% dos municípios brasileiros.

É importante salientar que a questão de aspectos psicológicos referentes à motivação com as quais os conselheiros se deparam no exercício de suas funções são muito pouco investigados na literatura referente ao controle social. A existência destes componentes psicológicos com os quais os conselheiros se deparam é o apresentada em um relato de uma conselheira no estudo de Pestana, Vargas e Cunha (2007) referente a existência do “medo de confrontar-se com os profissionais”, ao “desânimo e a conseqüente impotência em não ter conseguido resolver determinadas demandas da comunidade”. Labra (2002) observa que se não há valorização da participação pelo sistema democrático, corre-se o risco de que o entusiasmo inicial dê lugar ao “desencanto”, à “apatia” e até mesmo à “hostilidade” para com a democracia.

Há na área do controle social um arcabouço jurídico que deveria permitir a participação com propriedade da sociedade na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, porém há limites de atuação importantes, os quais prejudicam a geração de capital social e empoderamento.

## 2.4 Avaliação em saúde

O conceito de avaliação incorpora ações de medir, descrever/comparar e emitir juízo de valor com base em critérios previamente estabelecidos. Avaliar consiste fundamentalmente em “fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção (programa) ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões” (CONTANDRIOPOULUS, 1997).

A avaliação é um processo que acontece naturalmente no nosso cotidiano. Porém, para sua institucionalização e a conseqüente melhora do desempenho das instituições, é preciso que os participantes da mesma a entendam como um “instrumento útil para alcançar a missão da instituição, resultando em aprendizagem que permite mudanças que levam a melhor eficácia, e que o tempo e o esforço gastos em avaliação sejam bem empregados e lucrativos a médio e longo prazo” (CALVO, HENRIQUE, 2006).

A avaliação apresenta diferentes abordagens, fruto de diferentes concepções. Das várias abordagens utilizadas na avaliação em saúde, o modelo de Donabedian (1980) é o mais adotado, estabelecendo a tríade estrutura-processo-resultado. A avaliação de estrutura é realizada por meio de indicadores estruturais, consistindo em verificação do grau de organização dos serviços; a avaliação da forma de atuação é realizada por meio de indicadores de processo, em acordo com padrões de excelência técnica; e a avaliação de resultado, por meio de indicadores de impacto, com a estimação de reflexos na saúde da população.

Cohen e Franco (2002) identifica tipos de avaliação em função de vários critérios, tais como “o tempo de sua realização e os objetivos procurados, quem as realiza, sua natureza, a escala que assumem e a que alçada decisória são dirigidas”. Em função do momento em que se realiza e os objetivos que perseguem, as avaliações se dividem em *ex-ante*, identificando se um projeto deve ou não ser implementado; e *ex-post*, identificando, no andamento de um projeto, se deve ser mantida, ou modificada, a programação original. Em função de quem realiza, divide a avaliação em externa, interna, mista ou avaliação participativa; em função da escala dos projetos, avaliação de projetos grandes ou pequenos; e em função do destinatário da avaliação, avaliação para dirigentes superiores, administradores ou técnicos que a executam.

Novaes (2000) propõe uma tipologia de modelos com três linhas predominantes: investigação avaliativa, avaliação para decisão e avaliação para a gestão. A avaliação para a gestão tem como objetivo principal a “produção de informação que contribua para o

aprimoramento do objeto avaliado, não se tratando da busca de fundamentos ou justificativas, mas o melhoramento de uma condição dada”.

Uma proposta recomendada para ser empregada em estudos de avaliação é conhecido como modelo lógico de avaliação. Segundo este modelo, para subsidiar a avaliação é fundamental a construção de um modelo teórico que construa conceitualmente os componentes do objeto que vai ser avaliado, possibilitando ao avaliador conhecer de maneira abrangente as particularidades do mesmo (MEDINA *et al*, 2005). Esta construção pode derivar de várias fontes, tais como “os resultados de pesquisas prévias, teorias das ciências sociais, ou experiência de gestores e avaliadores” (HARTZ, 1999). Isto permite construir o que no modelo lógico de avaliação se chama matriz avaliativa. A matriz avaliativa corresponde a um quadro que retrata os critérios, indicadores e parâmetros que serão utilizados para fazer o juízo de valor a que se propõe a avaliação em questão.

Define-se critério (do grego, *kritérion*, do latim, *criteriu*) como aquilo que serve de base para a comparação, julgamento ou apreciação (FERREIRA, 1999). Para a avaliação de qualidade, Donabedian (1990) propõe critérios chamados de “7 pilares da qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. A avaliação da qualidade da gestão na educação se faz por meio dos critérios de eficiência, eficácia, efetividade e relevância. Conceitualmente eficiência é um critério de desempenho econômico; eficácia, um critério de desempenho político; efetividade, um critério social; e relevância, é um critério cultural (SANDER, 1990).

Colussi (2010) cita Gastal como proponente da definição de indicador como as “variáveis que permitem quantificar as variações no comportamento dos critérios de qualidade estabelecidos”. Os indicadores são o “resumo” que pode sintetizar os critérios definidos, apresentando um dinamismo influenciado pelo contexto existente.

Os parâmetros correspondem ao componente da matriz avaliativa que se refere ao que é preconizado para os indicadores. Corresponde ao padrão esperado a ser utilizado para a comparação, endereçado à realização do juízo de valor a qual se propõe a avaliação. Este julgamento pode “ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa)” (CONTANDRIOPOULOS, 1997). Segundo o autor, pode-se definir pesquisa avaliativa como o “procedimento que consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos”. Mais precisamente, trata-se de

“analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção, e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”.

Uma das técnicas utilizadas para construir modelo teórico e matriz avaliativa são as oficinas de consenso. Consistem em uma variação do método Delphi, o qual é uma técnica usada para a “definição de soluções consensuais a partir de uma proposta inicial” (KAYO e SECURATO, 1997). Pressupõe-se que “o julgamento coletivo, quando organizado adequadamente, é melhor que a opinião de um só indivíduo” (WRIGHT, 2000), no caso o pesquisador. Como o autor coloca, “são realizadas sucessivas reuniões entre especialistas, nas quais são discutidas a adequação, a pertinência e a validade de medidas previstas”. Os passos incluem formular as perguntas, selecionar os especialistas, formular um primeiro questionário para envio aos especialistas, analisar as respostas do primeiro questionário, e, após numa aplicação sucessiva, na sequência elaborar um relatório final resumindo o processo.

Kayo e Securato (1997) coloca que o processo tem uma infinidade de variações, mas apesar das inúmeras polêmicas acadêmicas, o método, usado com criatividade e com o devido cuidado, ainda é um instrumento de grande valia para pesquisas onde o consenso de opiniões de especialista pode ser útil. Neste sentido constitui-se em uma técnica que pode ser usada para pesquisas avaliativas no processo de transformação de um modelo teórico de um objeto em um modelo de matriz lógica para avaliação.

Há vários estudos que se debruçaram sobre a atuação dos conselhos de saúde, tendo levantado dados referentes à composição, organização, autonomia, representatividade e acesso (FUCKS, 2005; GUARANÁ e FLEURY, 2008; GRISSOTI e PATRÍCIO, 2006; MOREIRA e ESCOREL, 2009; PESTANA, VARGAS e CUNHA, 2007; VAN STRALEN, 2006; WENDHAUSEN e CARDOSO, 2007). Embora haja uma investigação persistente dos conselhos de saúde, a exceção de Moreira e Escorel (2009), não existem tentativas de fazer juízo de valor de conselhos de saúde utilizando métodos próprios da investigação avaliativa, provavelmente pelo uso ainda incipiente da avaliação em saúde. Como lembra Silva (1994), “avaliação, entre nós, é muito lembrada, pouco praticada e, quando realizada, não é muito divulgada, sendo dificilmente utilizada para a tomada de decisões”. Os estudos em avaliação em saúde podem contribuir no esforço de

desenvolvimento desse conhecimento, na perspectiva de sua apropriação pelos gestores e profissionais de saúde, para o bem do sistema de saúde.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Desenvolver e aplicar modelo de avaliação da gestão da participação popular em sistemas municipais de saúde.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Elaborar o modelo teórico que orienta a gestão da participação popular nos sistemas municipais de saúde;
- Identificar um conjunto de indicadores aplicáveis à participação popular nos sistemas municipais de saúde, descrevendo suas características e atributos.
- Desenvolver um modelo avaliativo com os indicadores estabelecendo as formas de juízo de valor a serem aplicadas aos resultados;
- Aplicar o modelo nos municípios da AMFRI (Associação dos Municípios do Vale do Rio Itajaí) e AMMVI (Associação dos Municípios do Médio Vale do Rio Itajaí).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Características do estudo

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa avaliativa, a qual se define como uma pesquisa que utiliza uma sistemática para medir um fenômeno ou o desempenho de um processo, comparar o resultado obtido com os critérios estabelecidos, e fazer uma análise crítica, considerando-se a magnitude da direção da diferença (PABON *apud* MINAYO, 1985). Sua elaboração ocorreu a partir da definição de um modelo teórico ideal para o objeto de avaliação, nesse caso as ações de gestão nos sistemas municipais de saúde para garantir a participação popular nos termos legais.

O modelo teórico do objeto foi elaborado por meio da análise da bibliografia de referência para a área e da legislação que orienta a atuação do controle social. Posteriormente, foi convertido em uma matriz avaliativa composta por indicadores e medidas organizados em dimensões de análise. Também foram definidos parâmetros para emissão do juízo de valor em cada medida e dimensão de análise. O produto final do estudo foi um modelo de avaliação da gestão da participação popular em sistemas municipais de saúde e sua aplicação a um grupo de municípios catarinenses.

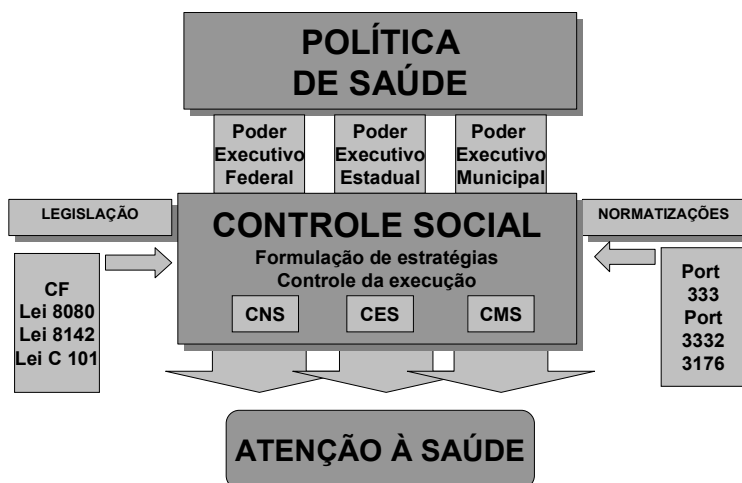
### 4.2 Construção do modelo de avaliação

#### 4.2.1 Modelo teórico-lógico

A proposta adotada para desenvolver o modelo do estudo é conhecida como modelo lógico de avaliação. Segundo esta proposta, para subsidiar a avaliação é fundamental a elaboração de um modelo teórico que evidencie conceitualmente os componentes do objeto que vai ser avaliado, possibilitando ao avaliador conhecer de maneira abrangente as particularidades do mesmo. Esta construção lógica pode derivar de várias fontes, tais como os resultados de pesquisas prévias, teorias das ciências sociais, ou experiência de gestores e avaliadores<sup>22</sup>.

Para a construção do modelo teórico-lógico foram selecionados livros e dissertações referentes ao controle social, assim como foi feita a revisão da produção científica nos sites de bancos de dados da literatura SCIELO (Scientific Eletronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe das Ciências da Saúde) referentes a conselhos de saúde e mecanismos de controle público da execução dos

serviços de saúde. Esta busca se deu através do cruzamento dos descritores “participação da comunidade”, “conselho de saúde”, “participação da população”, com os termos “atuação”, “efetividade”, “fiscalização” e “deliberação”, resultado do qual foram selecionados 11 artigos. Esta revisão permitiu analisar as várias abordagens e identificar os problemas que já foram investigados. Também foram analisados os textos da Constituição Federal, Lei Federal nº 8.142/90, Resolução nº 333/03 do Conselho Nacional de Saúde, das Portarias 3332/06 e 3176/08 do Ministério da Saúde referentes ao Sistema de Planejamento do SUS, e a Lei Complementar 101/00.



**Figura 1 – Modelo teórico-lógico da gestão da participação popular nos sistemas municipais de saúde.**

#### **4.2.2 Matriz avaliativa**

A literatura de referência ofereceu um conjunto de indicadores possíveis, com os parâmetros definidos. A legislação da área orienta a conformação dos Conselhos de Saúde e estabelece requisitos mínimos para o seu funcionamento. A partir desses aspectos, foram identificadas dimensões de análise coerentes ao modelo teórico proposto. Os indicadores localizados na literatura foram distribuídos nas dimensões identificadas, e outros indicadores foram elaborados para contemplar todos os aspectos enunciados no modelo.

Os vinte e seis indicadores identificados foram distribuídos em cinco dimensões, quais sejam, estrutura, representatividade, dinâmica organizacional, sistema de planejamento do SUS e autonomia.

- A dimensão “estrutura” avalia as condições de estrutura administrativa, secretaria executiva e dotação orçamentária que o conselho de saúde apresenta para o desenvolvimento de seus trabalhos. Compôs-se de quatro indicadores: estrutura administrativa, secretaria executiva, orçamento próprio e regimento interno;
- A dimensão “representatividade” avalia a paridade com o segmento dos usuários existente na distribuição dos segmentos no conselho de saúde como um todo e na mesa diretora. Compôs-se de quatro indicadores: composição percentual do conselho, representatividade dos usuários, representação das entidades e composição da Mesa Diretora;
- A dimensão “dinâmica organizacional” avalia a dinâmica de funcionamento recomendada para as reuniões do conselho. Compôs-se de nove indicadores: plenária com reunião mensal, divulgação das reuniões, entrega prévia de pauta, entrega prévia de material de apoio, aprovação rotineira de ata da reunião anterior, aprovação de pauta de reunião pela Plenária, existência de atos deliberativos, divulgação das deliberações e convocação da Conferência Municipal de Saúde;
- A dimensão “sistema de planejamento do SUS” avalia o desenvolvimento da gestão participativa por meio da análise periódica preconizada dos instrumentos básicos de planejamento. Compôs-se de quatro indicadores: apreciação do Plano Municipal de Saúde (PMS), apreciação do Plano Plurianual (PPA), apreciação do Relatório Anual de Gestão (RAG) e apreciação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO); e
- A dimensão “autonomia” avalia o nível de independência do conselho de saúde em relação ao Poder Executivo municipal. Compôs-se de cinco indicadores: eleição para coordenação, independência do mandato com o Executivo, comissões internas formalmente constituídas, pareceres de comissões internas e apreciação pelo Executivo de atos deliberativos.

A matriz avaliativa ficou composta por vinte e seis indicadores, tendo para cada um deles um *rationale* para o entendimento de sua importância (APÊNDICE A).

### 4.2.3 Validação de indicadores

A matriz avaliativa construída foi primeiramente aperfeiçoada durante o desenvolvimento da disciplina de Planejamento e Avaliação de Serviços, Programas e Sistemas de Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, desenrolando-se por dois semestres durante fóruns de discussões desenvolvidas com alunos e três professores do Departamento de Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde.

A matriz teórica elaborada a partir das leituras realizadas foi apresentada no exame de qualificação do projeto, realizado com dois professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina e um diretor de Secretaria de Estado, durante a qual foram recebidas sugestões dos professores participantes, as quais foram incorporadas ao modelo.

A matriz avaliativa foi novamente aperfeiçoada em oficinas de consenso com especialistas convidados a analisar a proposta teórica do objeto e sua conversão em indicadores e dimensões. Após envio de convite (APÊNDICE B), aceitação por parte dos especialistas e definição do grupo de trabalho, o pesquisador enviou aos mesmos a matriz avaliativa por correio eletrônico. Foi solicitado através de “orientações pós-aceite de especialistas para oficina de consenso (APÊNDICE C) que fossem feitas apreciações referentes às possíveis modificações da matriz avaliativa, as quais foram analisadas pelo pesquisador.

Também foram analisadas as divergências de opiniões entre os especialistas, objetivando reduzir as mesmas a um nível satisfatório. Participaram dessa fase, além de três professores integrantes do grupo de pesquisa do pesquisador, um consultor do Ministério da Saúde, um diretor de Secretaria de Estado, um professor com publicações na área, um conselheiro de saúde profissional de saúde com pós-graduação em Saúde e Gestão do Trabalho e um usuário do SUS com nove anos experiência em atuação em conselho de saúde. Após as primeiras análises e respostas, o pesquisador fez novo contato com os participantes – pessoalmente ou por correio eletrônico – para esclarecer dúvidas e aproximar opiniões.

A matriz reformulada (QUADROS 1, 2, 3, 4 e 5) fundamentou a construção do questionário (APÊNDICE D), aplicado aos municípios que compuseram a amostra do estudo. Foram vinte e seis questões referentes aos vinte e seis indicadores desta matriz.

**Quadro 1 – Indicadores, medidas, parâmetros e valor da Dimensão Estrutura da Matriz Avaliativa da Gestão da Participação Popular.**

<b>a)INDICADOR b)MEDIDA c)REFERÊNCIA</b>	<b>PARÂMETRO</b>	<b>VALOR</b>
a) Estrutura administrativa b) Existência de sala, computador, telefone, à disposição do Conselho c) Resolução 333 CNS	Bom = existência de todos os componentes	1
	Ruim = inexistência de estrutura própria	0
a) Secretaria executiva b) Existência de ato legal da administração pública definindo funcionário para a atividade c) Resolução 333 CNS	Bom = existência de indicação formal	1
	Ruim = inexistência	0
a) Orçamento próprio b) Existência de rubrica no orçamento municipal específica para o controle social c) Lei 8.142/90 e Resolução 333 CNS	Bom = existência	1
	Ruim = inexistência	0
a) Regimento Interno b) Existência de Regimento Interno homologado pelo Executivo c) Resolução 333 CNS	Bom = existência e homologado	1
	Ruim = Inexistência	0

**Quadro 2 – Indicadores, medidas, parâmetros e valor da Dimensão Representatividade da Matriz Avaliativa da Gestão da Participação Popular.**

<b>a)INDICADOR b)MEDIDA c)REFERÊNCIA</b>	<b>PARÂMETRO</b>	<b>VALOR</b>
a) Composição percentual do Conselho b) Existência de distribuição dos conselheiros por segmento corresponde a 50% de usuários, 25% de profissionais de saúde e 25% de governo e prestadores de serviço c) Lei 8.142/90 e Resolução 333 CNS	Bom = existência da distribuição percentual preconizada	1
	Ruim = inexistência	0
a) Representatividade dos usuários b) Inexistência de profissional de saúde, cargo comissionado do Executivo ou prestador de serviço no segmento dos usuários c) Lei 8.142 e Resolução 333 CNS	Bom = inexistência	1
	Ruim = existência	0
a) Representação das entidades b) Existência de indicação registrada por escrito de representantes dos segmentos c) Lei 8.142/90 e Resolução 333 CNS	Bom = existência	1
	Ruim = inexistência	0
a) Composição da Mesa Diretora b) Existência de paridade com o segmento dos usuários na composição da Mesa Diretora c) Resolução 333 CNS	Bom = paritária	1
	Ruim = não paritária	0

**Quadro 3 – Indicadores, medidas, parâmetros e valor da Dimensão Dinâmica Organizacional da Matriz Avaliativa da Gestão da Participação Popular.**

<b>a)INDICADOR b)MEDIDA c)REFERÊNCIA</b>	<b>PARÂMETRO</b>	<b>VALOR</b>
a) Plenária com reunião mensal	Bom: 9 ou mais reuniões	1
b) Existência de 9 reuniões entre os meses de março a novembro do ano passado	Ruim = 8 ou menos	0
c) Resolução 333 CNS		
a) Divulgação das reuniões	Bom = 3 ou mais meios de divulgação	1
b) Divulgação das datas e horários das reuniões por meio de rádio, jornal, cartaz, panfleto, mural, internet ou outro meio	Ruim = inexistência	0
c) Resolução 333 CNS		
a) Entrega prévia de pauta	Bom = existência	1
b) Rotina de entrega de pauta das reuniões com a antecedência prevista no Regimento Interno	Ruim = inexistência	0
c) Resolução 333 CNS		
a) Entrega prévia de material de apoio	Bom = existência	1
b) Rotina de entrega de material de apoio para as reuniões com a antecedência prevista no Regimento	Ruim = inexistência	0
c) Resolução 333 CNS		
a) Aprovação rotineira da ata da reunião anterior	Bom = existência	1
b) Existência de aprovação rotineira da ata da reunião anterior no dia da reunião	Ruim = inexistência	0
c) Resolução 333 CNS		
a) Aprovação de pauta de reunião pela Plenária	Bom = existência	1
b) Existência de aprovação pela Plenária da pauta da reunião previamente ao início da mesma	Ruim = inexistência	0
c) Resolução 333 CNS		
a) Existência de atos deliberativos	Bom = existência	1
b) Existência de deliberações da Plenária constantes em atos deliberativos	Ruim = deliberações somente em ata	0
c) Resolução 333 CNS e Lei 8.142/90		
a) Divulgação das deliberações	Bom = existência de 3 ou mais meios	1
b) Divulgação das deliberações da Plenária do Conselho por meio de rádio, jornal, cartaz, panfleto, mural, internet ou outro meio	Ruim = inexistência	0
c) Resolução 333 CNS		
a) Convocação da Conferência Municipal de Saúde	Bom = convocada	1
b) Convocação da Conferência Municipal de Saúde realizada nos últimos 4 anos	Ruim = não convocada	0
c) Lei 8.142/90		



**Quadro 4 – Indicadores, medidas, parâmetros e valor da Dimensão Sistema de Planejamento no SUS da Matriz Avaliativa da Gestão da Participação Popular.**

<b>a)INDICADOR b)MEDIDA c)REFERÊNCIA</b>	<b>PARÂMETRO</b>	<b>VALOR</b>
a) Apreciação do Plano Municipal de Saúde (PMS) b) PMS apreciado nos últimos 4 anos c) Resolução 333 CNS; Lei 8.142/90; Lei 8.080/90; PT 3332/06	Bom = apreciado	0
	Ruim = não apreciado	1
a) Apreciação do Plano Plurianual (PPA) b) PPA apreciado no primeiro ano do mandato do Prefeito Municipal c) Resolução 333 CNS; CF (1988); LC 101	Bom = apreciado	1
	Ruim = não apreciado	0
a) Apreciação do Relatório Anual de Gestão (RAG) b) RAG apreciado no ano anterior c) Resolução 333 CNS; Lei 8.142/90; PT 3176/08	Bom = apreciado	1
	Ruim = não apreciado	0
a) Apreciação da Lei de Diretrizes Orçamentárias b) Lei de Diretrizes Orçamentárias apreciada no ano anterior c) Resolução 333 CNS; Lei 8.142/90; CF (1988). LC 101	Bom = apreciada	1
	Ruim = não apreciada	0

**Quadro 5 – Indicadores, medidas, parâmetros e valor da Dimensão Autonomia da Matriz Avaliativa da Gestão da Participação Popular.**

<b>a)INDICADOR b)MEDIDA c)REFERÊNCIA</b>	<b>PARÂMETRO</b>	<b>VALOR</b>
a) Eleição para coordenação b) Existência de eleição para Coordenador do Conselho c) Resolução 333 CNS	Bom = existência	1
	Ruim = inexistência	0
a) Independência do mandato com o Executivo b) Inexistência de mudança automática de conselheiros, exceto os representantes do governo, quando da mudança de mandato de Prefeito c) Resolução 333 CNS	Bom = inexistência	1
	Ruim = existência	0
a) Comissões Internas formalmente constituídas b) Existência de Comissões Internas formalmente constituídas c) Resolução 333 CNS; Lei 8.142/90	Bom = existência	1
	Ruim = Inexistência	0
a) Pareceres de Comissões Internas b) Existência de Pareceres de Comissões Internas do Conselho c) Resolução 333 CNS; Lei 8.142/90	Bom = existência	1
	Ruim = Inexistência	0
a) Apreciação pelo Executivo de atos deliberativos b) Existência de rotina por parte do Poder Executivo apreciar os atos deliberativos do Conselho através de ato legal da administração pública (Portaria, Memorando ou Comunicação Interna) c) Resolução 333 CNS; Lei 8.142/90	Bom = existência	1
	Ruim = inexistência	0

#### 4.2.4 Pré-teste do questionário

Após o questionário elaborado, iniciou-se o seu pré-teste, onde foi enviado convite (APÊNDICE E) para integrantes de vários segmentos de conselhos de saúde. Participaram do pré-teste os conselhos de saúde de Florianópolis e Bombinhas, através de um representante do segmento da gestão, três representantes do segmento dos usuários e dois representantes do segmento dos profissionais de saúde. Os questionários foram enviados por correio eletrônico e, após serem respondidos, foram recolhidos pelo pesquisador em um encontro onde se buscou identificar e compreender as mudanças sugeridas. As diferentes sugestões foram avaliadas pelo pesquisador, tendo o questionário sido reformulado de acordo com a apreciação das mesmas.

#### 4.2.5 Formação dos juízos de valor

Os municípios foram analisados em cada uma das medidas, pelas dimensões e pelo indicador sintético final (QUADRO 6).

Na proposta de emissão de juízo de valor sobre a gestão da participação popular em sistemas de saúde, todos os vinte e seis indicadores foram considerados com o mesmo grau de importância.

Cada medida foi transformada em um valor para o aspecto em questão, o qual foi atribuído a partir da escala estabelecida por referência a um padrão esperado. Desta maneira as medidas dos indicadores receberam valor “1” se atendessem ao parâmetro utilizado, sendo julgados como “bom”, e “0”, se não atendessem ao parâmetro utilizado, sendo julgados como “ruim”.

Na avaliação das dimensões adotou-se a soma dos escores de seus indicadores, com base na percepção dos pesquisadores, da seguinte maneira:

- Juízo de valor “bom” – dimensão com 75% ou mais de seus indicadores com juízo de valor “bom”, recebendo a dimensão o escore valor “5”.
- Juízo de valor “ruim” – dimensão com 50% ou mais de seus indicadores com juízo de valor “ruim”; recebendo a dimensão o escore valor “0”.
- Juízo de valor “regular” – nos demais casos, recebendo a dimensão o escore valor “3”.

Na avaliação sintética final, adotou-se a soma de escores das dimensões da seguinte maneira:

- Juízo de valor “bom” – mais que 50% das dimensões com “bom” e nenhuma dimensão “ruim” (soma de escores das dimensões entre 21 e 25).
- Juízo de valor “ruim” – mais que 50% das dimensões com “ruim” e menos que 40% de “bom” (soma de escores das dimensões entre 0 e 8).
- Juízo de valor “regular” – nos demais casos (soma de escores das dimensões entre 9 e 20).

**Quadro 6 - Proposta de classificação da gestão da participação popular nos sistemas municipais de saúde segundo seus indicadores, dimensões e sintético final.**

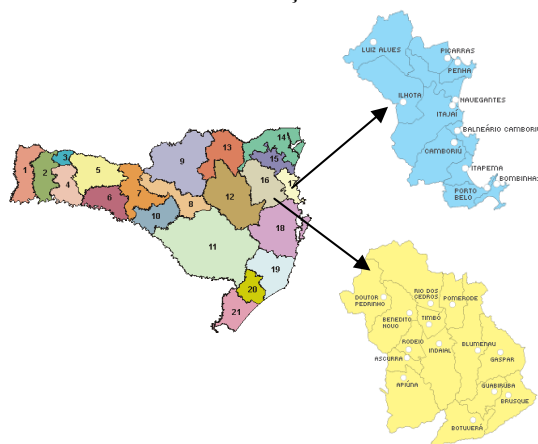
MATRIZ AVALIATIVA			DIMENSÃO	SINTÉTICO FINAL
Estrutura	4 indic.	Ruim (0) Bom (1) Amplitude: 0-4	$\sum$ Escores 0 - 2 = Ruim (0) 3 = Regular (3) 4 = Bom (5)	$\sum$ Escores  0 - 8 = Ruim 9 a 20 = Regular 21 a 25 = Bom
Representatividade	4 indic.	Ruim (0) Bom (1) Amplitude:0-4	$\sum$ Escores 0 - 2 = Ruim (0) 3 = Regular (3) 4 = Bom (5)	
Dinâmica organizacional	9 indic.	Ruim (0) Bom (1) Amplitude:0-9	$\sum$ Escores 0 - 4 = Ruim (0) 5 - 7 = Regular (3) 8 - 9 = Bom (5)	
Sistema de Planejamento do SUS	4 indic.	Ruim (0) Bom (1) Amplitude:0-4	$\sum$ Escores 0 - 2 = Ruim (0) 3 = Regular (3) 4 = Bom (5)	
Autonomia	5 indic.	Ruim (0) Bom (1) Amplitude:0-5	$\sum$ Escores 0 - 2 = Ruim (0) 3 = Regular (3) 4 - 5 = Bom (5)	

### 4.3 Métodos e instrumentos

#### 4.3.1 Sujeitos da pesquisa

A população deste estudo é constituída pelos Conselhos de Saúde dos municípios da AMFRI<sup>1</sup> (Associação dos Municípios do Vale do Rio Itajaí): Balneário Camboriú, Balneário Piçarras, Camboriú, Ilhota, Itajaí, Itapema, Luis Alves, Navegantes, Penha, e Porto Belo; e AMMVI (Associação dos Municípios do Médio Vale do Rio Itajaí): Apiúna, Ascurra, Benedito Novo, Botuverá, Brusque, Blumenau, Doutor Pedrinho, Guabiruba, Gaspar, Indaial, Rio dos Cedros, Rodeio, Timbó, Pomerode, totalizando um universo de 24 municípios.

A opção por estas duas Associações de Municípios foi motivada pela facilidade de acesso aos municípios por parte do pesquisador, pela existência de Conselhos de Saúde em municípios de diferentes portes e por uma opção de tamanho do objeto que fosse suficiente para testar o modelo de avaliação.



**Figura 2 – Mapa da regionalização de Santa Catarina - AMMVI - Associação dos Municípios do Médio Vale do Rio Itajaí (16) e da AMFRI - Associação dos Municípios do Vale do Rio Itajaí (17).**

<sup>1</sup> Foi excluído o município de Bombinhas, local de moradia do pesquisador.

### **4.3.2 Teste de aplicabilidade do modelo**

A coleta dos dados ocorreu de 10 de maio a 12 de julho de 2010, tendo sido visitados todos os 24 municípios, em um total de 12 viagens. Para a realização da coleta dos dados, primeiramente iniciou-se uma busca de informações referentes ao nome, correio eletrônico e telefone dos coordenadores dos Conselhos de Saúde dos municípios objeto de estudo através dos sites das prefeituras. Os dados de coordenadores que não foram obtidos por este meio, foram obtidos através de contato telefônico diretamente com as prefeituras e/ou secretarias de saúde. Após esta fase, os contatos foram feitos diretamente com os coordenadores, ou com auxiliares diretos dos mesmos, para o envio do convite de participação e apresentação da pesquisa (APÊNDICE F), do modelo de autorização para a realização do estudo (APÊNDICE G) e do questionário.

No documento de apresentação do questionário de pesquisa foi indicado que o mesmo deveria ser respondido pelo Presidente do Conselho, ou algum integrante da Mesa Diretora. Os dados foram coletados somente em uma etapa, visitando-se os municípios para recolher os questionários, momento no qual o mesmo foi analisado conjuntamente pelo pesquisador e por quem o respondeu com o objetivo de esclarecer dúvidas consideradas por ambos. Em alguns casos observou-se trabalho conjunto entre membro da Mesa Diretora e equipe de apoio para a identificação das respostas.

Foram mantidos contatos semanais, tendo resultado a participação de 100% dos 24 municípios objeto de estudo.

Os dados foram digitados em uma planilha de Excel para elaboração da descrição das respostas obtidas.

### **4.4 Análise dos dados**

Os municípios foram analisados em cada uma das medidas, pelas dimensões e pelo indicador sintético final.

Esses valores foram agregados progressivamente nas dimensões de análise por somatória de escores. Para a análise estatística da influência do porte populacional no desempenho dos municípios foi utilizado o teste Qui-quadrado.

Ao final, os valores das dimensões foram agregados para compor um único valor sintético para o município.

#### **4.5 Aspectos éticos da pesquisa**

Os dados utilizados no estudo eram de domínio público, presentes em documentos de Secretarias Municipais de Saúde de livre acesso à população, não implicando em conflitos éticos. Por esta razão não houve necessidade do encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O teste de aplicabilidade do modelo identificou dificuldades na compreensão de algumas perguntas do questionário criado para o desenvolvimento da pesquisa (APÊNDICE B), o que permitiu o fornecimento de respostas equivocadas. No QUADRO 7 especifica-se as mudanças sugeridas no questionário utilizado. O Apêndice H apresenta uma proposta incorporando as correções e modificações nas questões.

### Quadro 7 – Indicação de reestruturação das perguntas do questionário pós teste de aplicabilidade.

QUESTÃO	
1	Introduzir na pergunta somente tópicos da estrutura que sejam próprios do CMS (sala, telefone e computador), pois, dada a situação do trabalho normalmente próxima a estrutura da Secretaria de Saúde do município, salas, telefones ou computadores fazem naturalmente parte do ambiente de trabalho, não devendo ser confundidos como sendo do CMS.
2	Substituir “Secretaria Executiva” por “Secretario Executivo (servidor, não conselheiro, específico para o cargo)”, melhorando a capacidade de resposta.
7	Reestruturar a pergunta referindo-se a indicação por escrito de “conselheiros” somente “titulares”. Isto facilita a resposta, e é suficiente para captar o objetivo da pergunta.
7.2	Substituir “através de documento oficial” por “através de documento oficial resultante de assembléia de profissionais de saúde”, eliminando a possibilidade da gestão indicar os profissionais.
11 e 12	Acrescentar opção “ocasionalmente”, diminuindo a ocorrência os falso positivo.
23.1-23.3	Substituir por uma pergunta só: “Os conselheiros tiveram mandatos que não coincidiram com a última mudança do governo municipal?”
26	Substituir “Chefe do Poder Executivo” por “Prefeito”, para melhor compreensão. Incluir opção “sim, ocasional”, diminuindo os falsos positivos.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)> Acesso em: 22/07/2010.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União (Brasília) 1990 20 set.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União (Brasília) 1990 31 dez.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial da União (Brasília). 2000, 05 mai.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Editora do Ministério da Saúde. (Brasília). 2002:35-36.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003**. Aprova as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM 3176, de 24 de dezembro de 2006**. Aprova as orientações relativas ao Relatório Anual de Gestão e quanto a informações sobre o Plano de Saúde. 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM 3.332, de 28 de dezembro de 2006**. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão** - Série B. Textos Básicos de Saúde, 2. ed., Editora do Ministério da Saúde (Brasília). 2008, 20 p.

CARVALHO, GC. **A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais.** Ciênc. saúde coletiva, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001.

CARVALHO, S. R. **Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde.** Cadernos de Saúde Pública (Rio de Janeiro). 2004 ago;20(4).

CALVO MC, HENRIQUE F. **Avaliação: algumas concepções teóricas sobre o tema.** In: LACERDA, Josimari Telino; TRAEBERT, Jefferson Luiz. A Odontologia e a estratégia saúde da família. Unisul, (Tubarão). 2006:115-139.

CAMPOS GW. **Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública.** 2006.

CARDOSO SMM. **O processo decisório no Conselho Municipal de Saúde de Itajaí/SC.** Dissertação de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho. UNIVALI (Itajaí). 2006.

CARVALHO GC. **A participação da comunidade na saúde.** Centro de Educação e Assessoramento Popular. Ed. EFIBE (Passo Fundo). 2006.

COELHO VS *et al.* **Mobilização e participação: um jogo de soma zero?: um estudo sobre as dinâmicas de conselhos de saúde da cidade de São Paulo.** Novos estudos – CEBRAP. 2010 mar;86:121-139.

COLUSSI CF. **Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina** [tese]; orientadora, Maria Cristina Marino Calvo. (Florianópolis). 2010. 298 p.

COHEN E, FRANCO R. **Avaliação de Projetos Sociais.** 5 ed., Editora Vozes (Petrópolis). 2002:108-117.

CONTANDRIOPOULOS AP. *et al.* **A Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos.** In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (org.). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas, Fiocruz (Rio de Janeiro). 1997, 131 p.

DALLARI SG *et al.* **O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde.** Cadernos de Saúde Pública (Rio de Janeiro) 1996 out-dez;12(4):531-540.

DONABEDIAN A. **The seven pillars of quality.** Archives of Pathology Laboratory Medicine. 1990 nov;114(11):1115-1118.

FERREIRA AB. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa.** 3.a Ed., Editora Nova Fronteira (Rio de Janeiro). 1999:582.

FLEURY S *et al.* **A reforma sanitária e o SUS: questão de sustentabilidade.** Ciência e Saúde Coletiva. 2007;12(2):307-317.

FUKS, M. (Org.). **Democracia: teoria e prática.** Relume Dumará (Rio de Janeiro). Fundação Araucária (Curitiba). 2002:245-272.

FUKS M, PERISSINOTTO RM RIBEIRO EA. **Participação e influência política no Conselho Municipal de Saúde de Curitiba.** Revista Sociologia e Política (Curitiba). 2003 21 nov:125-145.

FUKS, M. *et al.* **Cultura política e desigualdade: O caso dos conselhos municipais de Curitiba.** Rer. Sociol. Polít., Curitiba, nov. 2005. p. 47-61.

FUKS M, PERISSINOTTO R. **Recursos, decisão e poder. Conselhos gestores de políticas públicas em Curitiba.** Revista Brasileira de Ciências Sociais. 2006 fev;(21) 60.

GUARANA J, FLEURY S. **Gestão participativa como instrumento de inclusão democrática: o caso dos Comitês Gestores de Bairro do Programa Nova Baixada.** Rev Adm Empres (São Paulo). 2008 set. 48(3).

GRISSOTI M, PATRÍCIO ZM. **A saúde coletiva entre discursos e práticas: a participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde no município de Florianópolis.** Cap. 6: Efetividade e resolutividade do Conselho Municipal e Saúde. (Florianópolis) Ed. UFSC. 2006:101-131.

HARTZ ZM. **Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais.** Ciência e Saúde Coletiva. 1999;4(2):341-353. KAYO, E. K; SECURATO, J. R. **Método Delphi: fundamentos, críticas e vieses.** Cadernos de Pesquisa em Administração. São Paulo, v. 1, n. 4, p. 51-61, 1º sem, 1997.

LABRA, M. E. **Capital social y consejos de salud en Brasil. ¿Un círculo virtuoso?** Cadernos de Saúde Pública (Rio de Janeiro). 2002;18:47-55.

LABRA ME, FIGUEIREDO JS. **Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde.** Ciência e Saúde

Coletiva. 2002;7(3):537-547. LINDBLOM, C. E. **O processo de decisão política**. Brasília, DF. Editora Unb, 1981.

MARTINS PM *et al.* **Conselho de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia**. Physis Revista de Saúde Coletiva (Rio de Janeiro). 2008;18(1):105-121. 2008.

MEDINA MG *et al.* **Uso de modelos teóricos na Avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais**. Ed. Fundação Oswaldo Cruz/ Ed. Universidade Federal da Bahia. 2005;cap.2:41-63.

MINAYO MC. **Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos**.

Disponível em

[http://www.nesp.unb.br/utics/texto2\\_minayo\\_triangulacao.pdf](http://www.nesp.unb.br/utics/texto2_minayo_triangulacao.pdf). Acesso em: 01 ago 2010.

MOREIRA MR, ESCOREL S. **Conselhos de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS**. Ciência e Saúde Coletiva. 2009;14(3):795-805.

NOVAES HM. **Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde**. Revista de Saúde Pública (São Paulo). 2000 out;34(5):547-559.

OLIVEIRA ML, ALMEIDA ES. **Controle Social e Gestão Participativa em Saúde Pública em Unidades de Saúde do Município de Campo Grande, MS, 1994-20021**. Saúde e Sociedade (São Paulo). 2009;18(1):141-153.

PATEMAN C. **Participação e teoria democrática**. Paz e Terra (Rio de Janeiro). 1992.

PAIM, J. S. **A reforma sanitária e a municipalização**. Saúde e Sociedade. 1992;1(2):29-47.

PESTANA, CL, VARGAS LA, CUNHA FT. **Contradições surgidas no conselho Gestor da Unidade Básica de Saúde da Família de Vargem Grande, Município de Teresópolis-RJ**. Revista de Saúde Coletiva (Rio de Janeiro). 2007;17(3):485-499.

SANDER, B. **Administración de la educación y relevancia cultural en América Latina**. Revista Argentina de Educación (Buenos Aires). 1990;8(14):25-49, 1990. Disponível em:

[http://www.bennosander.com/publicacao\\_detalle.php?cod\\_texto=21](http://www.bennosander.com/publicacao_detalle.php?cod_texto=21)  
Acesso em: 15 de agosto de 2010.

SILVA IG. **Democracia e participação na reforma do estado**. Cortez (São Paulo). 2003.

SOLLA, JJ. **Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto e Gestão”**. Revista Baiana de Saúde Pública. 2006 jul-dez;30(2): 332-348.

VAN STRALEN CJ *et al.* **Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul**. Ciência e Saúde Coletiva. 2006;11(3):621-632.

WENDHAUSEN, A; CAPONI, S. **O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina**. Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, dez. 2002.

VIANA AL, LIMA LD, OLIVEIRA RG. **Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro**. Ciência e Saúde Coletiva. 2002;7(3):493-507.

WENDHAUSEN AL, BARBOSA TM; BORBA MC. **Empoderamento e recursos para a participação em Conselhos Gestores**. Saúde e Sociedade. 2006 set-dez;5(3):131-144.

WENDHAUSEN A, CARDOSO SM. **Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas**. Revista Brasileira de Enfermagem (Brasília). 2007 set-out;60(5):579-84.

WRIGHT JT, GIOVINAZZO RA. **Delphi – Uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo**. Cadernos de pesquisa em administração (São Paulo). 2000 abr-jun;01(12).



## **PARTE II - ARTIGO CIENTÍFICO INÉDITO**

**Título: Modelo de Avaliação da Gestão da Participação Popular em Sistemas Municipais de Saúde**

**Título em inglês:** Assessment Model of Popular Participation in Municipal Health Systems

**Título corrido: Avaliação da Gestão da Participação Popular**

**Autores:**

Mauro Vieira<sup>1</sup>

Maria Cristina Marino Calvo<sup>2</sup>

1 Mestrando do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública – Universidade Federal de Santa Catarina

2 Professora adjunta do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública – Universidade Federal de Santa Catarina

**Endereço para correspondência:**

Maria Cristina Marino Calvo, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>.

Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde,

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário

Bairro Trindade

Florianópolis, Santa Catarina

E-mail: [mcmcalvo@ccs.ufsc.br](mailto:mcmcalvo@ccs.ufsc.br)  
[maurovi@terra.com.br](mailto:maurovi@terra.com.br)

## RESUMO

Este artigo apresenta um modelo de avaliação da gestão da participação popular em sistemas municipais de saúde. Trata-se de pesquisa avaliativa cuja construção da matriz avaliativa utilizou o referencial teórico da legislação existente que orienta a participação popular na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. Os indicadores e medidas foram validados por técnica de consenso com especialistas com experiência e produção científica no Controle Social. Sua aplicabilidade foi testada em Conselhos de Saúde de 24 municípios de 2 associações de municípios de Santa Catarina. O modelo proposto tem 26 indicadores divididos em 5 dimensões avaliativas, que refletem a adequação à legislação da estrutura, organização, representatividade, participação no planejamento em saúde e autonomia dos Conselhos Municipais de Saúde. Os dados analisados indicaram os melhores resultados para a dimensão “sistema de planejamento do SUS”, e os piores para a dimensão “estrutura e autonomia”. Dos 24 municípios somente 2 apresentaram resultado bom para o indicador sintético final. Foi demonstrada a viabilidade e adequação do modelo para avaliar o desempenho da gestão da participação popular em sistemas municipais de saúde.

Palavras-chave: avaliação em saúde, conselho de saúde, controle social, participação popular.



## ABSTRACT

This paper presents an evaluation model of the effectiveness of popular participation management in municipal health systems. It's a evaluative research where the construction of the evaluated matrix used the legislation theoretical framework that orients the popular participation in strategies formulation and control of the heath policies execution. The indicators and measures were validated by consensus technique with experts with experiences and scientific production in health policies Social Control. Its applicability was tested in Healthcare Unit Councils of 24 municipalities from 2 municipals association of Santa Catarina. The proposed model has 26 indicators divided in 5 evaluative dimensions, which reflects the legislation appropriateness of structure, organization, representation, participation in health planning and autonomy of the Healthcare Unit Councils.

The data analysis indicated the best results for the "participation in health planning", and the worst in the "structure" and "autonomy" dimensions. Just 2 municipalities had good results among the 24 studied. It was demonstrated the feasibility and appropriateness of the model to evaluate the performance of popular participation management in municipal health systems.

Key words: health evaluation, health councils, social control, social participation.

## Introdução

A participação da sociedade nas políticas públicas de saúde é um preceito previsto nos artigos nº 194 e nº 198 da Constituição Federal Brasileira<sup>1</sup>, onde a seguridade social é organizada com base no “caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa”, e a saúde, segundo “diretrizes que incluem a participação da comunidade”. A constituição surgiu num contexto onde, no âmbito da saúde, um projeto que se convencionou chamar de Reforma Sanitária lutava contra o autoritarismo e pela ampliação dos direitos sociais, especialmente contra o projeto concebido e reforçado em 21 anos de ditadura, analisado e debatido na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986.

Este projeto supunha a reforma do Estado na perspectiva de sua “publicização”, a “retomada do desenvolvimento econômico compatível com a distribuição mais justa da renda nacional e a priorização dos investimentos sociais pelas políticas públicas”<sup>2</sup>. Os ideários desta Reforma culminariam com a institucionalização da participação via constitucional, e a sua regulamentação por meio da Lei nº 8.080<sup>3</sup> (Lei Orgânica da Saúde) e, especialmente, da Lei nº 8.142<sup>4</sup>, a qual dispunha sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta participação ficou regulamentada por meio da criação de conselhos de saúde nas diferentes esferas de governo, sendo de sua competência atuar na “formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros”<sup>4</sup>.

O Ministério da Saúde regulamentou a participação do conselho de saúde no planejamento das políticas de saúde por meio das Portarias nº 3.176, de 24 de dezembro de 2006<sup>5</sup>, e nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006<sup>6</sup>, referentes ao Sistema de Planejamento do SUS, onde são definidos como instrumentos básicos o Plano de Saúde e Relatório Anual de Gestão, que têm relação direta com os componentes orçamentários da saúde. Esta conexão é reforçada a nível federal pela Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000<sup>7</sup>, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade e transparência na gestão fiscal, de maneira que há um arcabouço jurídico específico voltado para as atribuições prevista na Lei nº 8.142.

Em uma sociedade muito ampla se faz necessário o governo representativo. A participação do indivíduo não deve se restringir à escolha de seus representantes e sim a conferir o máximo de oportunidade de debate nos níveis locais, desenvolvendo qualificações e habilidades que possibilitem uma aproximação às atividades desses

representantes, podendo dessa forma controlá-los<sup>8</sup>. A participação da sociedade tem um efeito integrativo, ajuda o indivíduo a aceitar as decisões coletivas, assim como promove e desenvolve as próprias qualidades que lhes são necessárias<sup>9</sup>.

Por esta razão, o entendimento do que é o empoderamento é uma questão chave para que os preceitos legais referentes às funções dos conselhos de saúde possam ser exercidos, especialmente quando os mesmos buscam como objetivo final o desenvolvimento da democracia e de um “projeto de saúde que tenha compromisso com a transformação do *status quo*, a produção dos sujeitos e da saúde”<sup>10</sup>. Carvalho<sup>10</sup> interpreta o termo como um processo, e um resultado, de ações que afetam a distribuição do poder levando a um acúmulo, ou desacúmulo de poder, no âmbito das esferas pessoais, intersubjetivas e políticas.

É complexa a distribuição da participação e da influência política dentro dos conselhos gestores<sup>11,12,13</sup>, e por conseguinte, dos conselhos de saúde, o que pode ajudar a explicar a heterogeneidade existente no país e os limites de suas atuações. A participação assume sempre a forma de influência política, onde a influência de cada ator, entendida como eficácia da ação em termos da consecução de seus objetivos políticos, está, em alguma medida, associada aos recursos de que ele dispõe<sup>12</sup>. Os recursos “convencionais” para os indivíduos seriam renda e escolaridade; para as organizações, seriam materiais e humanos. Os recursos “não convencionais” individuais seriam o engajamento político e as orientações subjetivas; e os coletivos, a rede de apoio político e padrões dominantes de ação política. Porém, as relações de poder existentes no interior dos conselhos devem levar em consideração não só as dimensões estruturais, mas a interação concreta entre elas, já que os constrangimentos socioeconômicos, simbólicos e políticos podem funcionar como poderoso obstáculo à participação, ou até mesmo, aprofundar a desigualdade política<sup>13</sup>.

Inúmeras situações têm dificultado, ou comprometido a atuação destes canais frente a sua função: clientelismo<sup>14</sup>, rompimento da autonomia<sup>15, 16</sup>, elitização da representação<sup>17</sup>, legitimidade comprometida/representatividade desarticulada da base<sup>9</sup>, desequilíbrio entre estrutura e mobilização<sup>18</sup>, condições inadequadas de funcionamento<sup>16</sup>, mínima existência de comissões<sup>16</sup>, pouca resolutividade no encaminhamento das deliberações<sup>19</sup>, ingerência da gestão sobre a pauta<sup>20</sup>. São vários os problemas relacionados ao seu funcionamento, especialmente os referentes à legitimação e eficácia dessas arenas, pouca adesão dos governantes, e disseminação ainda capilar desses valores no seio da sociedade<sup>17</sup>. Por outro lado, é verdade

que a simples existência dessas instituições, ela própria o resultado da luta política, permitiu a incorporação de determinados atores políticos no processo de tomada de decisão pública, antes monopolizado pela burocracia estatal. E esta incorporação pode produzir efeitos não antecipados por uma análise puramente estrutural<sup>13</sup>.

Considerando que o conselho de saúde é responsável pela formulação de estratégias e controle da execução das políticas de saúde, o presente estudo teve como objetivo propor um Modelo de Avaliação da Gestão da Participação Popular em Sistemas Municipais de Saúde com o intuito de produzir informações que contribuam para a compreensão das condições de estrutura, representatividade, de dinâmica organizacional, participação na análise de instrumentos de planejamento e autonomia que os mesmos têm para o adequado desenvolvimento de seus trabalhos.

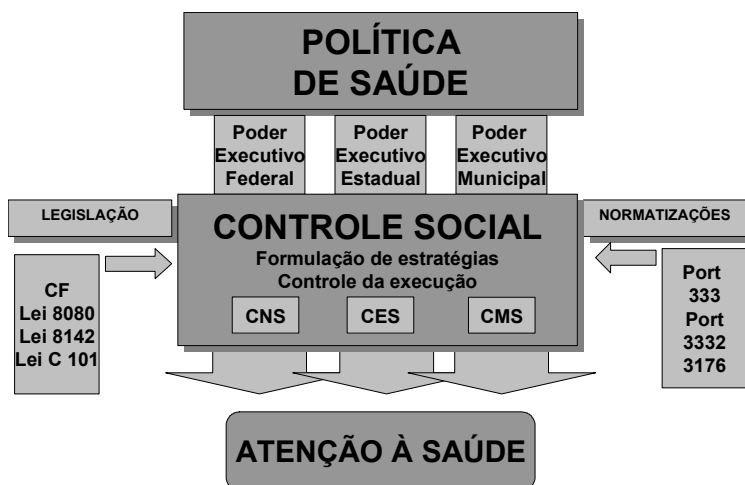
## **Metodologia**

O estudo classifica-se como uma pesquisa avaliativa<sup>21</sup>, cujo produto final foi um modelo de avaliação da gestão da participação popular em sistemas municipais de saúde, com a finalidade de disponibilizar um instrumento de aprimoramento do controle social.

A proposta adotada para desenvolver o modelo do estudo é conhecida como modelo lógico de avaliação. Segundo esta proposta, para subsidiar a avaliação é fundamental a elaboração de um modelo teórico que evidencie conceitualmente os componentes do objeto que vai ser avaliado, possibilitando ao avaliador conhecer de maneira abrangente as particularidades do mesmo<sup>22</sup>. Esta construção lógica pode derivar de várias fontes, tais como os resultados de pesquisas prévias, teorias das ciências sociais, ou experiência de gestores e avaliadores<sup>23</sup>. Isto permite construir o que no modelo lógico de avaliação se chama matriz avaliativa. A matriz avaliativa corresponde a um quadro que retrata os critérios, indicadores e parâmetros que serão utilizados para fazer o juízo de valor a que se propõe a avaliação em questão.

Os documentos que fundamentaram a construção teórica do modelo (FIGURA 1) foram a Lei nº 8.080/90<sup>3</sup>, Lei nº 8.142/90<sup>4</sup>, a Resolução nº 333/03, do Conselho Nacional de Saúde, as Portarias 3.332/06<sup>5</sup> e 3.176/06<sup>6</sup>, do Ministério da Saúde, e a Lei Complementar nº 101/00<sup>7</sup>. A seleção de indicadores fez-se por meio destas normatizações, de maneira que fosse possível compreender a habilidade da gestão em garantir que o conselho desenvolva os seus trabalhos atendendo ao que

está estabelecido nos documentos que norteiam as ações do controle social em saúde.



**Figura 1 – Modelo teórico-lógico da gestão da participação popular em sistemas municipais de saúde.**

A literatura de referência para identificar os indicadores e as dimensões de análise dos Conselhos de Saúde foi selecionada nas bases de dados bibliográficos SCIELO (Scientific Eletronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe das Ciências da Saúde) referentes a conselhos de saúde e mecanismos de controle público da execução dos serviços de saúde. Esta busca se deu através do cruzamento dos descritores “participação da comunidade”, “conselho de saúde”, “participação da população”, com os termos “atuação”, “efetividade”, “fiscalização” e “deliberação”.

Foram identificadas 5 dimensões e 26 indicadores: a dimensão “estrutura”, que avalia as condições de estrutura administrativa, secretaria executiva e dotação orçamentária que o conselho de saúde apresenta para o desenvolvimento de seus trabalhos; a dimensão “representatividade”, que avalia a paridade com o segmento dos usuários existente na distribuição dos segmentos no conselho de saúde como um todo e na mesa diretora; a dimensão “dinâmica organizacional”, que avalia a dinâmica de funcionamento recomendada para as reuniões do conselho referente à periodicidade das reuniões e rotinas de entrega prévia de pauta/material de apoio, de aprovação de

atas/pautas, de divulgação de reuniões/deliberações do conselho e de convocação de conferência de saúde; a dimensão “sistema de planejamento do SUS” que avalia o desenvolvimento da gestão participativa por meio da análise periódica preconizada do Plano Municipal de Saúde, Plano Plurianual, Relatório de Gestão Anual e Lei de Diretrizes Orçamentárias; e a dimensão “autonomia”, que avalia o nível de independência do conselho de saúde em relação à Secretaria Municipal de Saúde por meio da observação referente ao acesso à presidência do colegiado, da existência de comissões e de pareceres das comissões, da mudança de seus integrantes frente à mudança do mandato do prefeito, e da apreciação rotineira pelo Executivo das deliberações do conselho.

A eleição e identificação fundamentada em aspectos normativos e legais dos indicadores, medidas e parâmetros nortearam a composição da matriz de avaliação. Para cada indicador foi estabelecida uma medida como forma de dimensionar os resultados e foram utilizadas as designações “ruim” e “bom” para a emissão de juízos de valor sustentados em parâmetros estabelecidos para cada um dos indicadores.

A validação dos indicadores e respectivas medidas foi obtida por meio de técnica de consenso entre especialistas<sup>24</sup>. A matriz avaliativa foi primeiramente aperfeiçoada em um grupo de estudos com professores e alunos de pós-graduação. Ao final de sua elaboração, foi enviada aos especialistas via correio eletrônico, onde foram sugeridos e analisados indicadores, medidas e parâmetros. As respostas foram analisadas e as divergências de opiniões foram analisadas e rediscutidas com os especialistas – por correio eletrônico ou pessoalmente, objetivando reduzir as discordâncias. Participaram dessa fase, além de três professores integrantes do grupo de pesquisa do pesquisador, um consultor do Ministério da Saúde, 1 diretor de Secretaria de Estado, 1 professor com publicações na área, e 2 conselheiros de saúde, sendo 1 profissional de saúde e 1 usuário. Com a matriz avaliativa definitiva, foi construído o questionário para ser utilizado na pesquisa, tendo o mesmo passado por um pré-teste com integrantes de 2 conselhos de saúde que não fizeram parte do teste de aplicabilidade do modelo.

O teste de aplicabilidade do modelo foi realizado em 24 municípios de 2 associações de municípios de Santa Catarina por meio de um questionário enviado via correio eletrônico aos coordenadores dos conselhos, e recolhidos pessoalmente pelo pesquisador com o objetivo de esclarecimento de dúvidas.

Os municípios foram analisados em cada uma das medidas, pelas dimensões e pelo indicador sintético final. Os resultados foram

apresentados em frequências absolutas e relativas, tendo sido utilizado para a análise os seguintes portes populacionais: Porte 1 - até 10.000 habitantes; Porte 2 - 10.001 a 20.000 habitantes; Porte 3 - 20.001 a 50.000 habitantes; Porte 4 - acima 50.000 habitantes.

Os dados utilizados no estudo são de domínio público, não tendo sido necessária autorização do Comitê de Ética em Pesquisa.

### **Matriz de avaliação**

Uma matriz de avaliação foi proposta com a finalidade de permitir a análise das condições de funcionamento indicadas pela legislação para o bom desempenho da gestão da participação popular nos sistemas locais de saúde. Foi composta em 5 dimensões avaliativas: (1) estrutura, (2) representatividade, (3) dinâmica organizacional, (4) Sistema de Planejamento do SUS e (5) autonomia.

A dimensão **Estrutura** refere-se às condições básicas de estrutura indicadas para o desenvolvimento dos trabalhos do CMS, traduzindo-se em quatro indicadores: 1) Estrutura administrativa - existência de área física, computador e telefone próprios para uso do conselho no desempenho de suas atribuições; 2) Secretaria executiva – a existência um funcionário, indicado pelo Executivo, especificamente para apoiar os trabalhos desenvolvidos pela Plenária, pela Mesa Diretora, e pelas Comissões Técnicas, o que denota agilização das demandas das diferentes frentes; 3) orçamento próprio – alocação de recursos financeiros que permitem a instituição da estrutura administrativa, e o desenvolvimento dos trabalhos da secretaria executiva; e 4) regimento interno – a regulamentação da competência, composição e mandato dos conselheiros, estrutura e funcionamento da Plenária, normatização de suas reuniões e encaminhamentos de suas resoluções.

A dimensão **Representatividade** refere-se à paridade com o segmento dos usuários existente na distribuição dos segmentos no conselho de saúde como um todo e na mesa diretora, traduzindo-se em quatro indicadores: 1) composição percentual do conselho – a legislação estabelece que o conselho seja composto por 50 % de representantes de entidades de usuários, 25% de representantes da gestão e prestadores de serviço, e 25% de representantes de entidades de profissionais de saúde; 2) representatividade dos usuários - garantia da paridade com inexistência na categoria dos usuários de representantes dos outros segmentos, o que assegura a capacidade de influência política daquele segmento; 3) representação das entidades – a indicação por escrito busca

qualificar a representação das entidades, garantindo que estejam de acordo com as deliberações dos fóruns independentes dos vários segmentos; e 4) composição da Mesa Diretora - paridade na composição da Mesa Diretora que determine influência no comando do Conselho.

A dimensão **Dinâmica Organizacional** refere-se à dinâmica de funcionamento recomendada para as reuniões do conselho, traduzida em nove indicadores: 1) plenária com reunião mensal - o mínimo de uma reunião por mês institui a influência da periodicidade na qualidade dos trabalhos desenvolvidos; 2) divulgação das reuniões - oferecendo acesso e influenciando a transparência das atividades do Conselho; 3) entrega prévia de pauta - o conhecimento antecipado dos temas permite a ampliação da capacidade de decisão; 4) entrega prévia de material de apoio - o estudo antecipado dos documentos para a reunião permite a propriedade da tomada de decisão; 5) aprovação rotineira de ata da reunião anterior - permite validar as decisões prévias da plenária, consubstanciando definitivamente as suas resoluções; 6) aprovação de pauta de reunião pela Plenária - permite a inclusão prévia à reunião de temas de interesse da Plenária; 7) divulgação das deliberações - potencializa a transparência das decisões tomadas; 8) existência de atos deliberativos - resoluções, recomendações, normatizações e moções marcam de maneira diferenciada as decisões do conselho; e 9) convocação da Conferência Municipal de Saúde - identifica a participação do conselho em evento de colegiado deliberativo de hierarquia superior, com fórum ampliado e participação dos segmentos da sociedade.

A dimensão **Sistema de Planejamento do SUS** refere-se ao desenvolvimento da gestão participativa por meio da análise periódica preconizada dos seus instrumentos básicos traduzida em quatro indicadores: 1) apreciação do Plano Municipal de Saúde (PMS) - permite a participação do conselho na aprovação do documento que norteia a definição da programação das ações e serviços de saúde, assim como da gestão do SUS, por um período de quatro anos; 2) apreciação do Plano Plurianual (PPA) - permite a fiscalização da aplicação de recursos conforme a transparência determinada pela Lei Complementar 101/90<sup>7</sup>; 3) apreciação do Relatório Anual de Gestão (RAG) - permite o controle da prestação de contas referente às ações pactuadas desenvolvidas no ano anterior; e 4) apreciação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) - permite o controle da programação orçamentária prevista para o período.

A dimensão **Autonomia** refere-se ao nível de independência do conselho de saúde em relação ao Executivo, traduzida em cinco



indicadores: 1) eleição para coordenação - permite a democracia do exercício do controle pertinente à coordenação; 2) independência do mandato com o Executivo - minimiza a influência da mudança de mandato do Executivo sobre o conselho; 3) comissões internas formalmente constituídas - permite um posicionamento prévio de grupos mais familiarizados, motivados e competentes para determinados grupos temáticos, estendendo a atuação dos conselheiros além da atuação da Plenária; 4) pareceres de comissões internas - permite a identificação da existência de atuação de comissões; e 5) apreciação pelo Executivo de atos deliberativos - permite a instituição legal das deliberações do conselho.

Os municípios foram analisados em cada uma das medidas, pelas dimensões e pelo indicador sintético final (Figura 2). Na proposta de emissão de juízo de valor sobre a gestão da participação popular em sistemas de saúde, todos os vinte e seis indicadores foram considerados com o mesmo grau de importância.

Cada medida foi transformada em um valor para o aspecto em questão, o qual foi atribuído a partir da escala estabelecida por referência a um padrão esperado. Desta maneira, as medidas dos indicadores receberam valor “1” se atendessem ao parâmetro utilizado, sendo julgados como “bom”, e “0”, se não atendessem ao parâmetro utilizado, sendo julgados como “ruim”.

Na avaliação das dimensões adotou-se a soma dos escores de seus indicadores, da seguinte maneira:

Juízo de valor “bom” – dimensão com 75% ou mais de seus indicadores com juízo de valor “bom”, recebendo a dimensão o escore valor “5”.

- Juízo de valor “ruim” – dimensão com 50% ou mais de seus indicadores com juízo de valor “ruim”; recebendo a dimensão o escore valor “0”.
- Juízo de valor “regular” – nos demais casos, recebendo a dimensão o escore valor “3”.

Na avaliação sintética final, adotou-se a soma de escores das dimensões da seguinte maneira:

- Juízo de valor “bom” – mais que 50% das dimensões com “bom” e nenhuma dimensão “ruim” (soma de escores das dimensões entre 21 e 25).
- Juízo de valor “ruim” – mais que 50% das dimensões com “ruim” e menos que 40% de “bom” (soma de escores das dimensões entre 0 e 8).

- Juízo de valor “regular” – nos demais casos (soma de escores das dimensões entre 9 e 20).

## Resultados

No teste de aplicabilidade do modelo, houve resposta por parte de 100% dos vinte e quatro municípios pertencentes às Associações de Municípios que fizeram parte do estudo, fruto da sensibilização e do esclarecimento direto e periódico do pesquisador. Os municípios foram analisados em cada uma das medidas (tabela 1), por porte populacional (tabela 2) e pelas dimensões e indicador sintético final (tabela 3).

A análise individual dos municípios indicou somatória de valores positivos com amplitude total de seis a vinte e seis (At: 6-26), e a análise dos indicadores, amplitude total de dois a vinte e três (At: 2-23).

Na dimensão “estrutura”, os indicadores “secretaria executiva” e “estrutura administrativa” apresentaram-se pouco discriminatórios por apresentarem valores positivos em somente 3 e 4 municípios, respectivamente. Somente o indicador “regimento interno” apresentou um número maior de municípios atendendo o preconizado.

Os indicadores da dimensão “representatividade” apresentaram variabilidade com características de capacidade discriminatória, tendo o melhor desempenho no indicador “representatividade dos usuários”, com valores positivos em 17 municípios, e o pior desempenho nos indicadores “representação das entidades” e “composição percentual do conselho”, com valores positivos em 9 municípios.

Na dimensão “dinâmica organizacional”, merece destaque alguns indicadores com muito pouca capacidade discriminatória nessa amostra: “divulgação das reuniões” e “divulgação de deliberações” com conceito “bom” em apenas 2 municípios, e “aprovação rotineira da ata da reunião anterior” com conceito “ruim” em apenas 1 município.

Na dimensão “sistema de planejamento do SUS”, os indicadores “apreciação do Relatório Anual de Gestão - RAG” e “apreciação do Plano Municipal de Saúde - PMS” também se apresentaram pouco discriminatórios, por estarem com valor nulo em somente 2 e 4 municípios, respectivamente.

A dimensão “sistema de planejamento do SUS” apresentou 2 dos 4 indicadores menos discriminatórios - “apreciação do Relatório Anual de Gestão - RAG” e “apreciação do Plano Municipal de Saúde - PMS”, com muitos valores positivos.

Na dimensão “autonomia”, os indicadores apresentaram variabilidade com características de capacidade discriminatória, com ressalva para o indicador “apreciação pelo Executivo de atos deliberativos”, com somente 5 valores positivos.

**Tabela 1 – Juízo de valor (1 = bom, 0 = ruim) segundo indicador, dimensões e porte populacional. Municípios das Associações de Municípios do Vale do Rio Itajaí, e Médio Vale do Rio Itajaí – SC, 2010.**

n	Pop	ESTRUTURA				REPRESENTATIVIDADE				DINÂMICA ORGANIZACIONAL									SISTEMA DE PLANEJAMENTO				AUTONOMIA					TB
		E1	E2	E3	E4	R1	R2	R3	R4	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	S1	S2	S3	S4	A1	A2	A3	A4	A5	
1	3.402	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	6
2	4.294	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	10
3	6.950	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	11
4	9.371	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	13
5	10.063	0	0	0	1	0		1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	12
6	10.226	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	14
7	10.774	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	8
8	11.146	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	6
9	12.012	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	8
10	13.910	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	11
11	14.490	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	10
12	16.925	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	6
13	21.853	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	6
14	26.375	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	15
15	34.777	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	13
16	35.655	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	10
17	49.959	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	12
18	54.687	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	17
19	55.691	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
20	56.315	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	13
21	99.943	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	14
22	99.917	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	26
23	169.927	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	22
24	296.151	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	18
TB		4	3	5	14	9	17	9	11	14	2	14	11	23	12	15	2	22	20	18	22	11	17	7	8	7	5	301

**INDICADORES:** PP: Porte Populacional. TB: Total de juízos de valor “bom”. **Estrutura:** E1 - Estrutura administrativa; E2 - Secretaria executiva; E3 - Orçamento próprio; E4 - Regimento Interno. **Representatividade:** R1 - Composição percentual do Conselho; R2 - Representatividade dos usuários; R3 - Representação das entidades; R4 - Composição da Mesa Diretora. **Dinâmica Organizacional:** D1 - Plenária com reunião mensal; D2 - Divulgação das reuniões; D3 - Entrega prévia de pauta; D4 - Entrega prévia de material de apoio; D5 - Aprovação rotineira da ata da reunião anterior; D6 - Aprovação de pauta de reunião pela Plenária; D7 - Existência de atos deliberativos; D8 - Divulgação das deliberações; D9 - Convocação da Conferência Municipal de Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS:** S1 - apreciação do Plano Municipal de Saúde (PMS); S2 - Apreciação do Plano Plurianual (PPA); S3 - Apreciação do Relatório Anual de Gestão (RAG); S4 - Apreciação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). **Autonomia:** A1 - Eleição para coordenação; A2 - Independência do mandato com o Executivo; A3 - Comissões Internas formalmente constituídas; A4 - Pareceres de Comissões Internas; A5 - Apreciação pelo Executivo de atos deliberativos.

Observou-se que há influência do nível populacional no desempenho dos municípios, uma vez que os quatro municípios com piores desempenhos (soma de indicadores igual a seis) estavam nos grupos com até 50 mil habitantes, e os cinco municípios com melhor desempenho pertenciam ao porte populacional acima 50 mil habitantes.

**Tabela 2 – Distribuição de municípios segundo porte, dimensão de análise e juízo de valor na avaliação da gestão da participação popular. Associações de Municípios do Vale do Rio Itajaí, e Médio Vale do Rio Itajaí – SC, 2010.**

	BOM		RUIM		Teste $\chi^2$
	n	%	n	%	
<b>ESTRUTURA</b>	<b>26</b>	<b>27,1</b>	<b>70</b>	<b>72,9</b>	
≤ 10 mil hab (n=4)	3	18,7	13	81,3	$\chi^2$ 18,298 p=0,0004
10- 20 mil hab (n=8)	4	12,5	28	87,5	
20- 50 mil hab (n=5)	3	15,0	17	85,0	
> 50 mil hab (n=7)	16	57,1	12	42,9	
<b>REPRESENTATIVIDADE</b>	<b>46</b>	<b>47,9</b>	<b>50</b>	<b>52,1</b>	
≤ 10 mil hab (n=4)	7	43,7	9	56,3	$\chi^2$ 8,456 p=0,0910
10- 20 mil hab (n=8)	12	37,5	20	62,5	
20- 50 mil hab (n=5)	8	40,0	12	60,0	
> 50 mil hab (n=7)	19	67,9	9	32,1	
<b>DINÂMICA ORGANIZACIONAL</b>	<b>115</b>	<b>53,2</b>	<b>101</b>	<b>46,8</b>	
≤ 10 mil hab (n=4)	16	44,4	20	55,6	$\chi^2$ 18,625 p=0,0003
10- 20 mil hab (n=8)	28	38,9	44	61,1	
20- 50 mil hab (n=5)	24	53,3	21	46,7	
> 50 mil hab (n=7)	47	74,6	16	25,4	
<b>PLANEJAMENTO DO SUS</b>	<b>71</b>	<b>74,0</b>	<b>25</b>	<b>26,0</b>	
≤ 10 mil hab (n=4)	11	68,7	5	31,3	$\chi^2$ 4,275 p=0,2332
10- 20 mil hab (n=8)	24	75,0	8	25,0	
20- 50 mil hab (n=5)	12	60,0	8	40,0	
> 50 mil hab (n=7)	24	85,7	4	14,3	
<b>AUTONOMIA</b>	<b>44</b>	<b>36,7</b>	<b>76</b>	<b>63,3</b>	
≤ 10 mil hab (n=4)	3	15,0	17	85,0	$\chi^2$ 28,588 p<0,0001
10- 20 mil hab (n=8)	7	17,5	33	82,5	
20- 50 mil hab (n=5)	9	36,0	16	64,0	
> 50 mil hab (n=7)	25	71,4	10	28,6	
<b>TOTAL</b>	<b>302</b>	<b>48,4</b>	<b>322</b>	<b>51,6</b>	
≤ 10 mil hab (n=4)	40	38,5	64	61,5	$\chi^2$ 58,788 p<0,0001
10- 20 mil hab (n=8)	75	36,1	133	63,9	
20- 50 mil hab (n=5)	56	43,1	74	56,9	
> 50 mil hab (n=7)	131	72,0	51	28,0	

Na tabela 2 observa-se uma tendência de melhorar o desempenho com o aumento do porte populacional, mais evidente na dimensão “autonomia” ( $p<0,0001$ ), mas significativo também nas dimensões “estrutura” ( $p=0,0004$ ) e “dinâmica organizacional” ( $p=0,0003$ ). A análise total dos indicadores evidencia essa diferença favorável para os municípios com mais de 50 mil habitantes. Entretanto, esta análise também demonstra que, em conjunto, os municípios analisados apresentaram percentuais equivalentes de valores positivos (48,4%) e valores nulos (51,6%).

A consolidação das dimensões e do indicador sintético está apresentada na tabela 3. Observou-se que a dimensão “Sistema de Planejamento do SUS” apresentou a maior percentagem de municípios com escore “bom” (9 municípios - 37%), e a dimensão “estrutura” apresentou a maior percentagem com escore “ruim” (21 municípios - 87,5%). As dimensões “representatividade” e “autonomia” também apresentaram baixo desempenho, com 17 municípios (70,8%) com escore “ruim”, e na dimensão “dinâmica organizacional” a maioria dos municípios (13 – 54,2%) apresentou escore “regular”.

A consolidação dos escores das dimensões no indicador sintético geral identificou apenas 2 municípios com desempenho bom e 5 municípios com desempenho “regular”. O desempenho “ruim” foi o mais freqüente (70,8% dos municípios).

**Tabela 3 – Soma dos valores dos indicadores e sua conversão em escores de avaliação, segundo dimensão de análise e porte populacional. Municípios das Associações de Municípios do Vale do Rio Itajaí, e Médio Vale do Rio Itajaí – SC, 2010.**

	n	Pop.	ESTRUTURA		REPRESENTATIVIDADE		DINÂMICA ORGANIZACIONAL		PLANEJAMENTO DO SUS		AUTONOMIA		SINTÉTICO
			Σ	escore	Σ	escore	Σ	escore	Σ	escore	Σ	escore	
PP 1	1	3.402	0	0	1	0	2	0	3	3	0	0	3
	2	4.294	1	0	2	0	3	0	3	3	1	0	3
	3	6.950	1	0	1	0	6	3	2	0	1	0	3
	4	9.371	1	0	3	3	5	3	3	3	1	0	9
PP 2	5	10.063	1	0	2	0	6	3	2	0	1	0	3
	6	10.226	1	0	2	0	5	3	4	5	2	0	8
	7	10.774	1	0	1	0	3	0	3	3	0	0	3
	8	11.146	0	0	0	0	2	0	4	5	0	0	5
	9	12.012	0	0	2	0	2	0	3	3	1	0	3
	10	13.910	0	0	3	3	4	0	3	3	1	0	6
	11	14.490	1	0	2	0	3	0	3	3	1	0	3
	12	16.925	0	0	0	0	3	0	2	0	1	0	0
PP 3	13	21.853	0	0	2	0	2	0	2	0	0	0	0
	14	26.375	1	0	3	3	5	3	2	0	4	5	11
	15	34.777	1	0	1	0	6	3	4	5	1	0	8
	16	35.655	0	0	0	0	5	3	4	5	1	0	8
	17	49.959	0	0	2	0	6	3	0	0	3	3	6
	18	54.687	0	0	2	0	7	3	4	5	4	5	13
PP 4	19	55.691	2	0	3	3	7	3	4	5	5	5	16
	20	56.315	1	0	2	0	6	3	2	0	2	0	3
	21	99.943	3	3	2	0	5	3	2	0	2	0	6
	22	99.917	4	5	4	5	8	5	4	5	5	5	25
	23	169.927	4	5	3	3	8	5	4	5	4	5	23
	24	296.151	2	0	3	3	6	3	4	5	3	3	14



Ruim



Regular



Bom

## Discussão

A dimensão estrutura foi a que apresentou o pior desempenho, fato também evidenciado na literatura. Em estudo<sup>16</sup> realizado com 98% dos 5.564 municípios brasileiros, observou-se que somente 4,8 % dos conselhos possuíam “orçamento próprio”, 16,6% possuíam “sede”, e 33% possuíam “secretaria executiva”. Outro estudo identificou dificuldades importantes de infra-estrutura, onde somente 33% de conselhos possuíam “orçamento próprio” e 44% possuíam “secretaria executiva”<sup>25</sup>. Os resultados do presente estudo sugerem uma tendência de melhor desempenho dos conselhos de saúde com o aumento do porte populacional, fato também observado a nível nacional, onde “orçamento próprio” e “equipes de apoio administrativo” só estavam presentes nos portes populacionais com mais de 500 mil habitantes<sup>16</sup>.

Houve um mau desempenho dos municípios na dimensão representatividade, fato concordante com dados de estudos que

identificaram que 68% da amostra de conselheiros dizia ter sido indicado sem eleição<sup>11</sup>, e 22% de um conselho de saúde atuava sem qualquer conexão com a sua base<sup>17</sup>. Este baixo desempenho, próprio da atual conjuntura dos conselhos, implica uma atuação do conselheiro em um provável desacordo com as demandas do grupo ou entidade que representam.

Apesar da importância evidenciada com a temática da “comunicação e a informação em saúde” tendo se tornado eixo temático da XII Conferência Nacional de Saúde em 2004<sup>26</sup>, o pior desempenho dos indicadores analisados individualmente foram “divulgação das reuniões” e “divulgação de deliberações”. Ambos pertenciam à dimensão “dinâmica organizacional”, tendo tido valores positivos em somente dois municípios da amostra (8,3% dos casos). Isto sugere um isolamento muito grande do conselho de saúde, já que a comunidade não recebe informação de quando ocorrem as reuniões, nem do que foi deliberado nelas. Esta evidência de falha na comunicação com a sociedade traz prejuízos para a atividade do conselho. Esta falha, associada a outros fatores, prejudica a própria capacidade do conselho de disputar espaço e poder com as outras instituições externas que participam do processo decisório das políticas municipais<sup>16</sup>.

Quanto à dinâmica organizacional, a observação da grande variação na quantidade de valores positivos (de 2 a 23), indica a grande variabilidade no desenvolvimento dos trabalhos nos diferentes municípios, sendo um indicativo da heterogeneidade dos conselhos da região. Mesmo o componente básico das reuniões, com periodicidade mensal recomendada, apresentou um desempenho regular na região estudada, com somente 58,3% dos conselhos reunindo-se como o preconizado. Este dado não corresponde ao encontrado na literatura<sup>16</sup>, onde se observou uma taxa de 90% de conselhos que indicaram reuniões mensais a nível nacional. Cabe comentar, quanto ao indicador com maior número de valores positivos (95,8%), “aprovação rotineira da ata da reunião anterior”, que o alto desempenho seja provavelmente justificado mais pela necessidade institucional da gestão, que pelo fundamento deliberativo do conselho. Com relação aos indicadores “aprovação rotineira da ata da reunião anterior” e “Convocação da Conferência Municipal de Saúde”, propõe-se sua exclusão da matriz avaliativa, pois foram positivos na maioria dos 24 municípios analisados, sugerindo baixo poder discriminatório.

Na dimensão “sistema de planejamento do SUS” observou-se o melhor desempenho da análise, com apenas 8 municípios com escore nulo. Provavelmente isto se deve ao fato de que há instâncias externas

envolvidas no controle fiscal previsto na Lei Complementar 101/06<sup>7</sup> (Poder Legislativo, Tribunal de Contas e Ministério Público), assim como Portarias Ministeriais<sup>5,6</sup> que orientam o fluxo dos componentes básicos do sistema de planejamento do SUS, determinando que os mesmos sejam necessariamente aprovados pelos conselhos de saúde. Os resultados da avaliação realizada sugerem que a grande maioria dos municípios cumpre a exigência legal, e indica a exclusão dos indicadores “apreciação do Relatório Anual de Gestão - RAG” e “apreciação do Plano Municipal de Saúde - PMS” da matriz avaliativa final. Em sua substituição, propõe-se a inclusão na mesma dimensão do indicador “apreciação da Programação Anual de Saúde - PAS”, que tem forte relação com o RAG e com o PMS e constitui importante componente do SARG-SUS (Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão do SUS), sistema informatizado facilitador da elaboração e envio do RAG.

Ao analisar-se a dimensão autonomia observou-se que a eleição para presidente esteve presente em 70% dos conselhos de saúde estudados, embora boa parte destes presidentes possam ser da gestão, como evidenciado em estudo<sup>16</sup> que identificou 66% dos conselhos de saúde presididos pelos gestores do sistema de saúde a nível nacional. A gestão normalmente tem concentrado o poder da pauta de discussão, o que tem implicância no rumo das discussões e decisões; por esta razão a possibilidade de escolha do presidente através de eleição ainda é um indicador relativo de autonomia. Nesta dimensão a maioria dos municípios apresentou indicadores com desempenho ruim, sendo que o indicador “comissões internas formalmente constituídas”, apresentou apenas 33% dos municípios com valores positivos. Este mesmo indicador analisado em estudo nacional apresentou apenas 11% de positividade.

Os conselhos que possuem Comissões Internas têm uma maior agilidade nos seus trabalhos, permitindo que assuntos complexos ou extensos possam vir para a Plenária com um posicionamento prévio de grupos mais familiarizados, motivados e competentes para determinados grupos temáticos, os quais podem inclusive receber apoio técnico para tal. Além disso, permite que conselheiros tenham mais autonomia para atuação fora do âmbito de atuação da Mesa Diretora ou da Plenária, aumentando a sua motivação para os trabalhos. Este baixo desempenho na estruturação de comissões da amostra estudada, observado no desempenho “bom” em somente 2 municípios (8,3%), foi também observado à nível nacional (7%)<sup>16</sup>.



Um nível baixo de desempenho observado nesta dimensão confirma que há uma grande limitação na autonomia nos conselhos de saúde. Muitos representantes do governo ou do sistema privado apenas toleram os conselhos, por estarem previstos institucionalmente. Na prática, agem buscando reduzir o seu papel fiscalizador ou deliberativo a meros rituais de legitimação de políticas e decisões supostamente democráticas<sup>20</sup>, fato sugerido e analisado anteriormente no bom desempenho da dimensão “sistema de planejamento do SUS”.

Quanto ao indicador sintético final, onde somente 2 municípios (8,3%) apresentaram “bom” desempenho, tendo 17 municípios (70,8%) apresentado juízo de valor “ruim”, observa-se que os municípios das associações estudadas estão muito fragilizados no desempenho de suas funções previstas na legislação. Ao analisarmos o desempenho dos conselhos de saúde em geral, e um pouco mais proximamente da autonomia, fica evidente que um conselho que não tenha um presidente comprometido diretamente com as causas de modificar o *status quo* do colegiado, não tenha instituídas comissões que possam ampliar a ação da Plenária, e não tenha estrutura para funcionamento, fica relegado aos “ventos da incerteza”, os quais sopram para longe da motivação para a participação e do exercício pleno da democrática.

## **Conclusão**

O presente estudo elaborou um Modelo de Avaliação da Gestão da Participação Popular em Sistemas Municipais de Saúde. Por meio do teste de aplicabilidade realizado em 24 municípios de 2 Associações de Municípios de Santa Catarina foi comprovada a viabilidade da utilização dos indicadores propostos, a exceção dos indicadores do Sistema de Planejamento do SUS que se mostraram pouco discriminatórios. A adequação do modelo desenvolvido para a avaliação da gestão da participação popular em sistemas municipais de saúde evidenciou a sua capacidade de contribuir para aprimorar as funções previstas na legislação para os conselhos de saúde na formulação de estratégias e controle da execução das políticas públicas de saúde.

## Referências

1. BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 22/07/2010.
2. PAIM, J. S. **A reforma sanitária e a municipalização**. Saúde e Sociedade. 1992;1(2):29-47.
3. BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União (Brasília) 1990 20 set.
4. BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União (Brasília) 1990, 31 dez.
5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria MS/GM 3176, de 24 de dezembro de 2006**. Aprova as orientações relativas ao Relatório Anual de Gestão e quanto a informações sobre o Plano de Saúde. 2006.
6. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria MS/GM 3.332, de 28 de dezembro de 2006**. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. 2006.
7. BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. 2000. Diário Oficial da União (Brasília), 2000, 05 mai.
8. PATEMAN C. **Participação e teoria democrática**. Paz e Terra (Rio de Janeiro). 1992.
9. WENDHAUSEN A, CARDOSO SM. **Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas**. Revista Brasileira de Enfermagem (Brasília). 2007 set-out;60(5):579-84.
10. CARVALHO, SR. **Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde**. Cadernos de Saúde Pública (Rio de Janeiro). 2004 ago;20(4).
11. WENDHAUSEN AL, BARBOSA TM, BORBA MC. **Empoderamento e recursos para a participação em Conselhos Gestores**. Saúde e Sociedade. 2006 set-dez;5(3):131-144.

12. FUKS M *et al.* **Cultura política e desigualdade: O caso dos conselhos municipais de Curitiba.** Rev Sociol Polít (Curitiba). 2005 nov;47-61.
13. FUKS M, PERISSINOTTO R. **Recursos, decisão e poder. Conselhos gestores de políticas públicas em Curitiba.** Revista Brasileira de Ciências Sociais. 2006 fev;(21) 60.
14. CARVALHO, GC. **A participação da comunidade na saúde.** Centro de Educação e Assessoramento Popular (Passo Fundo), Ed. EFIBE. 2006.
15. PESTANA, CL, VARGAS LA, CUNHA FT. **Contradições surgidas no conselho Gestor da Unidade Básica de Saúde da Família de Vargem Grande, Município de Teresópolis-RJ.** Revista de Saúde Coletiva (Rio de Janeiro). 2007;17(3):485-499.
16. MOREIRA MR, ESCOREL S. **Conselhos de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS.** Ciência e Saúde Coletiva. 2009;14(3):795-805.
17. LABRA ME, FIGUEIREDO JS. **Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde.** Ciência e Saúde Coletiva. 2002;7(3):537-547.
18. COELHO VS *et al.* **Mobilização e participação: um jogo de soma zero?: um estudo sobre as dinâmicas de conselhos de saúde da cidade de São Paulo.** Novos estud. – CEBRAP. 2010 mar;86:121-139.
19. GRISSOTI M, PATRÍCIO ZM. **A saúde coletiva entre discursos e práticas: a participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde no município de Florianópolis.** Cap. 6: Efetividade e resolutividade do Conselho Municipal e Saúde. (Florianópolis) Ed. UFSC. 2006:101-131.
20. OLIVEIRA ML, ALMEIDA ES. **Controle Social e Gestão Participativa em Saúde Pública em Unidades de Saúde do Município de Campo Grande, MS, 1994-20021.** Saúde e Sociedade (São Paulo). 2009;18(1):141-153.
21. MINAYO MC. **Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos.** Disponível em [http://www.nesp.unb.br/utics/texto2\\_minayo\\_triangulacao.pdf](http://www.nesp.unb.br/utics/texto2_minayo_triangulacao.pdf). Acesso em: 01 ago 2010.
22. MEDINA MG *et al.* **Uso de modelos teóricos na Avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais.** Ed. Fundação Oswaldo Cruz/ Ed. Universidade Federal da Bahia. 2005;cap.2:41-63.
23. HARTZ ZM. **Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais.** Ciência e Saúde Coletiva. 1999;4(2):341-353.

24. KAYO EK, SECURATO JR. **Método Delphi: fundamentos, críticas e vieses.** Cadernos de Pesquisa em Administração (São Paulo). 1997 1º sem;1(4):51-61.
25. VAN STRALEN CJ *et al.* **Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul.** Ciência e Saúde Coletiva. 2006;11(3):621-632.
26. BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. **XII Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final.** Conselho Nacional de Saúde (Brasília). 2004.

## **APÊNDICES**

**Apêndice A** - Indicadores de avaliação. Dimensões: estrutura, representatividade, dinâmica organizacional, Sistema de Planejamento do SUS e autonomia.

**Apêndice B**– Carta Convite de especialistas para Oficina de Consenso.

**Apêndice C** – Orientações pós-aceite de especialistas para Oficina de Consenso.

**Apêndice D** – Questionário para coleta de dados dos municípios.

**Apêndice E** – Convite a conselheiros para pré-teste do questionário.

**Apêndice F** - Carta de apresentação aos Coordenadores dos Conselhos de Saúde sobre objetivos da pesquisa.

**Apêndice G** – Modelo de autorização para coordenadores de conselhos para realização do estudo

**Apêndice H** – Questionário proposto para coleta de dados dos municípios.

**APÊNDICE A - Indicadores de avaliação. Dimensões: estrutura, representatividade, dinâmica organizacional, Sistema de Planejamento do SUS e autonomia.**

**DIMENSÃO: Estrutura**

INDICADORES	MEDIDAS
Estrutura Administrativa	Existência de sala, computador, telefone, próprios do Conselho
Secretaria Executiva	Existência de ato administrativo do Executivo definindo funcionário para a atividade
Orçamento Próprio	Existência de rubrica no orçamento municipal específica para o controle social
Regimento Interno	Existência de Regimento Interno homologado pelo Executivo

*RATIONALE*

**Estrutura Administrativa:** A estrutura administrativa representa a existência de uma estrutura com área física (sala) e materiais permanentes (computador, telefone) para o adequado desenvolvimento dos trabalhos do Conselho.

**Secretaria Executiva:** A Secretaria executiva representa a existência de um funcionário indicado pelo Executivo especificamente para apoiar os trabalhos desenvolvidos pela Plenária, pela Mesa Diretora, e pelas Comissões Técnicas, sendo importante para a agilização das diferentes demandas vindas destas várias frentes.

**Orçamento próprio:** O orçamento próprio representa os recursos financeiros que permitem a instituição da Estrutura administrativa, assim como o desenvolvimento dos trabalhos de responsabilidade da Secretaria Executiva.

**Regimento Interno:** O Regimento Interno regulamenta a competência do Conselho e de seus membros; a composição e o mandato dos conselheiros e da Mesa Diretora; a estrutura e funcionamento da Plenária, da Mesa Diretora, das Comissões, da Secretaria Executiva e Estrutura Administrativa; a normatização de suas reuniões e dos encaminhamentos de suas Resoluções, assim como outros assuntos inerentes ao seu funcionamento. Estas regulamentações todas são a base para a atuação do Conselho, devendo ser apreciadas pelo Executivo através de Decreto, para possuírem respaldo legal.

### DIMENSÃO: **Representatividade**

INDICADORES	MEDIDAS
Composição percentual do Conselho	Existência de distribuição dos conselheiros por segmento corresponde a 50% de usuários, 25% de profissionais de saúde e 25% de governo e prestadores de serviço
Representatividade dos usuários	Inexistência de profissional de saúde, cargo comissionado do Executivo ou prestador de serviço no segmento dos usuários
Representação das entidades	Existência de indicação registrada por escrito de representantes dos segmentos
Composição da Mesa Diretora	Existência de paridade com o segmento dos usuários na composição da Mesa Diretora

### *RATIONALE*

**Composição percentual do Conselho:** A composição do Conselho deve ter estrutura paritária, com 50 % de representantes de entidades de usuários. Além disso, deve possuir 25% de representantes correspondentes do gestor de saúde e prestadores de serviço, e 25% de representantes de entidades de profissionais de saúde. Especialmente a paridade é o que garante que a participação popular tenha um peso importante no momento da votação da deliberação em questão, estando prevista na Lei 8.142/90.

**Representatividade dos usuários:** A paridade é garantida quando não houver na categoria dos usuários representantes dos outros segmentos, já que de outra maneira o peso da participação popular, e, portanto, da sua capacidade de influência política, estaria prejudicada.

**Representação das entidades:** Um aspecto importante da representatividade é garantir que as indicações estejam de acordo com as deliberações dos fóruns independentes dos vários segmentos. Desta maneira a indicação por escrito colabora na demonstração de que houve discussão prévia referente a esta representação, o que qualifica a mesma.

**Composição da Mesa Diretora:** A composição da Mesa Diretora, igualmente como a composição do Conselho, deve ser paritária, de maneira a que a comunidade também tenha influência nos trabalhos do grupo do comando do Conselho.

## DIMENSÃO: Dinâmica Organizacional

INDICADORES	MEDIDAS
Plenária com reunião mensal	Existência de 9 reuniões entre os meses de março a novembro do ano passado
Divulgação das reuniões	Existência de divulgação das datas e horários das reuniões por meio de rádio, jornal, cartaz, panfleto, mural, internet ou outro meio
Entrega prévia de pauta	Existência de rotina de entrega de pauta das reuniões com a antecedência prevista no Regimento Interno
Entrega prévia de material de apoio	Existência de rotina de entrega de material de apoio para as reuniões com a antecedência prevista no Regimento Interno
Aprovação rotineira da ata da reunião anterior	Existência de aprovação rotineira da ata da reunião anterior no dia da reunião
Aprovação de pauta da reunião pela Plenária	Existência de aprovação pela Plenária da pauta da reunião previamente ao início da mesma
Existência de atos deliberativos	Existência de deliberações da Plenária constantes em atos deliberativos
Divulgação das deliberações	Existência de divulgação das deliberações da Plenária do Conselho por meio de rádio, jornal, cartaz, panfleto, mural, internet ou outro meio
Convocação da Conferência Municipal de Saúde	Convocação da Conferência Municipal de Saúde realizada nos últimos 4 anos

### *RATIONALE*

**Plenária com reunião mensal:** A legislação prevê o mínimo de 1 (uma) reunião por mês do Conselho. A reunião periódica, regular, permite o desenvolvimento mais adequado dos trabalhos do Conselho.

**Divulgação das reuniões:** A transparência das atividades do Conselho passa necessariamente pela divulgação das datas e horários de suas reuniões.

**Entrega prévia de pauta:** A entrega com antecedência prevista no Regimento Interno da pauta das reuniões do Conselho permite que os conselheiros possam estudar antecipadamente os temas, buscando os esclarecimentos e informações necessárias para que os mesmos tenham autonomia nas suas decisões durante a Plenária.

**Entrega prévia de material de apoio:** A entrega com antecedência prevista no Regimento Interno de material de apoio para as reuniões do Conselho permite que os conselheiros possam estudar antecipadamente o material que vai ser usado na reunião, buscando os esclarecimentos e informações necessárias para que os mesmos tenham autonomia nas suas decisões durante a Plenária.



**Aprovação rotineira da ata da reunião anterior:** A aprovação rotineira da ata da reunião anterior permite validar através deste recurso legal as decisões prévias da plenária, consubstanciando definitivamente as suas resoluções.

**Aprovação de pauta da reunião pela Plenária:** O processo decisório deve permitir que a pauta deva ser discutida antes da Plenária iniciar, abrindo a oportunidade de discutir tanto os temas de interesse da Mesa Diretora, quanto dos demais conselheiros.

**Divulgação das deliberações:** A transparência das atividades do Conselho passa necessariamente pela divulgação das deliberações feitas pelo Plenário.

**Existência de atos deliberativos:** No momento que o Conselho se utiliza atos deliberativos (resoluções, recomendações, normatizações, moções), estrutura documentos que marcam de maneira diferenciada as suas decisões, diferentemente de ter suas decisões consubstanciadas somente em atas de reunião.

**Convocação da Conferência Municipal de Saúde:** A Convocação da Conferência determina o cumprimento de dispositivo da Lei 8.142/90 e evidenciando a participação na definição das diretrizes da Conferência, órgão de hierarquia superior em relação ao Conselho no sistema municipal de saúde.

## DIMENSÃO: Sistema de Planejamento do SUS

INDICADORES	MEDIDAS
Apreciação do Plano Municipal de Saúde (PMS)	Plano Municipal de Saúde apreciado nos últimos 4 anos
Apreciação do Plano Plurianual (PPA)	Plano Plurianual apreciado no primeiro ano do mandato do Prefeito Municipal
Apreciação do Relatório de Gestão Anual (RAG)	Relatório Anual de Gestão apreciado no ano anterior
Apreciação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)	Lei de Diretrizes Orçamentárias apreciada no ano anterior

### *RATIONALE*

**Apreciação do Plano Municipal de Saúde (PMS):** A análise periódica do Plano Municipal valoriza o que foi definido em Plenária referente ao planejamento da política municipal de saúde.

**Apreciação do Plano Plurianual (PPA):** A apreciação do PPA se relaciona ao componente de transparência existente na Lei Complementar 101, relacionando-se à atribuição do CMS de fiscalizar a aplicação de recursos.

**Apreciação do Relatório de Gestão Anual (RAG):** O Relatório de Gestão representa a prestação de contas do Executivo referente às ações pactuadas e desenvolvidas no ano anterior. A análise deste Instrumento de Gestão por parte do Conselho é importante para a construção da influência política do mesmo, significando que o mesmo está atento às ações em saúde desenvolvidas pelo Executivo, assim como ao que acontece na agenda das políticas de saúde do município.

**Apreciação do Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO):** O planejamento e fiscalização dos aspectos econômicos e financeiros referentes à programação orçamentária é um aspecto legal de responsabilidade do Conselho, se referindo à aplicação das estratégias da política municipal consubstanciadas no Plano Municipal de Saúde.

## DIMENSÃO: **Autonomia**

INDICADORES	MEDIDAS
Eleição de coordenação	Existência de eleição para Coordenador do Conselho
Independência do mandato	Inexistência de mudança automática de conselheiros, quando da mudança de mandato de Prefeito
Comissões Internas	Existência de Comissões Internas formalmente constituídas
Pareceres de Comissões Internas	Existência de Pareceres de Comissões Internas do Conselho
Apreciação pelo Executivo de atos deliberativos	Apreciação rotineira dos atos deliberativos do Conselho por parte do Poder Executivo (Portaria, Memorando ou Comunicação Interna)

### *RATIONALE*

**Eleição para coordenação:** A ocorrência de eleição para a coordenação do Conselho permite que a Plenária decida a quem conferir o controle do processo decisório, referente à pauta e ao desenvolvimento de todos os trabalhos da Mesa Diretora, das Comissões e da Secretaria Executiva. Tradicionalmente este cargo tem sido controlado pela gestão, o que direciona os temas e os trabalhos para os interesses da gestão. A eleição para coordenador permite a criação de outros focos de interesse.

**Independência do mandato com o Executivo:** Não deve haver mudança automática dos conselheiros, que não sejam conselheiros representantes do gestor, quando da mudança de mandato do Executivo. Isto permite que a influência de um novo Executivo seja minimizada, de maneira que o Conselho mantenha a sua autonomia.

**Comissões Internas formalmente constituídas:** Os Conselhos que possuem Comissões Internas têm uma maior agilidade nos seus trabalhos, permitindo que assuntos complexos, ou extensos, possam vir para a Plenária com um posicionamento prévio de grupos mais familiarizados, motivados e competentes para determinados grupos temáticos, os quais podem inclusive receber apoio técnico para tal. Além disso, permite que conselheiros tenham mais autonomia para atuação fora do âmbito de atuação da Mesa Diretora ou da Plenária, aumentando a sua motivação para os trabalhos.

**Pareceres de Comissões Internas:** A existência de pareceres de Comissões Internas indica que além de as mesmas existirem, as mesmas são atuantes.

**Apreciação pelo Executivo de atos deliberativos:** As homologações por parte do Executivo dos atos deliberativos indicam que há rotina de análise das deliberações do conselho, instituindo legalmente as decisões do mesmo.

**APÊNDICE B – Carta Convite de especialistas para Oficina de Consenso.**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE PÚBLICA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**CARTA CONVITE**

Prezado(a).....

Gostaríamos de convidar V.S. para participar como especialista em uma etapa do projeto de Dissertação de mestrado do aluno Mauro Vieira, da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, intitulado: *Modelo de Avaliação da Participação Popular nos Sistemas Municipais de Saúde*.

O principal objetivo deste trabalho é construir um instrumento de avaliação que permita fazer um juízo de valor da qualidade da atuação dos conselhos de saúde enquanto órgãos públicos com responsabilidade tanto pela definição das estratégias da política de saúde, quanto pela fiscalização de sua execução. Através da matriz teórica construída através da análise dos documentos Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), Lei Federal nº 8.080 (BRASIL, 1990), Lei Federal nº 8.142 (BRASIL, 1990) e Resolução nº 333 (BRASIL, 2003), do Conselho Nacional de Saúde, construiu-se uma matriz avaliativa que consta com cinco dimensões de avaliação. Para cada dimensão foram criados indicadores, os quais receberam valor “1”, se em seu julgamento satisfizessem ao parâmetro utilizado, “0,5” se satisfizerem de maneira parcial, ou “0”, se não satisfizerem. Com a identificação de 23 indicadores, e a conseqüente soma total dos valores igual a 23, compôs-se uma escala de valores, a qual classificou a atuação dos conselhos em precária, razoável, boa ou excelente.

Com o objetivo de validar a matriz avaliativa criada, faz parte do projeto a realização de oficinas de consenso com especialistas na área com o objetivo de obter-se opiniões diversificadas sobre o tema em

questão. Serão selecionadas pessoas com histórico de experiência na área do controle da execução das políticas públicas de saúde, tanto da área acadêmica, quanto do próprio controle social. As oficinas de consenso consistem em um método utilizado para definição de soluções consensuais a partir de uma proposta inicial. São realizadas sucessivas reuniões com estes especialistas, nas quais serão discutidas a adequação, a pertinência e a validade de medidas previstas, com o objetivo de validar o modelo da matriz lógica para avaliação construída, obtendo-se opiniões diversificadas sobre o tema em questão, onde também se contará com a participação de alguns especialistas à distância. As oficinas serão realizadas tantas vezes quantas forem necessárias para se chegar ao consenso, o que se presume que ocorra em provavelmente 3 reuniões. O encontro terá duração de, no máximo, 3 horas. Para cada reunião será elaborado um documento síntese dos resultados da discussão anterior, dando-se seqüência aos tópicos ainda não discutidos.

O aceite ao convite deve ser comunicado aos pesquisadores responsáveis.

Certos de contar com sua atenção, nos colocamos à disposição para maiores esclarecimentos,

**Mauro Vieira - Pesquisador Principal/Orientando**

**Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Cristina Calvo - Pesquisadora  
Responsável/Orientadora**

## **APÊNCIDE C - Orientações pós-aceite de especialistas para Oficina de Consenso.**

### **“Modelo de Avaliação da Participação Popular nos Sistemas Municipais de Saúde”**

#### **Documento de Apoio a Grupo de Trabalho de Validação de Matriz Avaliativa**

Caros convidados,

Agradecemos a sua aceitação em participar deste grupo de trabalho de validação por especialistas. Para facilitar o desenvolvimento de seu trabalho de avaliação dos indicadores, queremos esclarecer alguns aspectos do referido projeto.

A proposta se refere a avaliar se os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) estão desenvolvendo seus trabalhos de acordo com o preconizado na legislação. O trabalho não se propõe, portanto, a avaliar o impacto de sua atuação.

A coleta de dados para cálculo dos indicadores será feita por meio de questionário fundamentado na matriz avaliativa, endereçado aos CMS que farão parte do estudo. A identificação do integrante (conselheiro) mais recomendado para respondê-lo ainda está em processo de análise.

Quando a matriz avaliativa estiver finalizada, o questionário será construído e passará por um teste piloto. Tal teste será aplicado a quatro integrantes do Conselho Municipal de Bombinhas/SC: Coordenador, usuário, profissional de saúde e integrante da gestão, selecionados por seu histórico de destaque de participação na dinâmica organizacional.

Os quadros que seguem apresentam a Matriz Avaliativa proposta. Ela é composta por 5 Dimensões: Estrutura, Representatividade, Informação, Dinâmica Organizacional, e Autonomia. Em cada Dimensão são apresentados indicadores com suas medidas correspondentes, seguidos da referência que orienta o indicador e sua justificativa.

Sua contribuição pode ser focada na concepção teórica das dimensões de análise, na seleção – inclusão – exclusão de indicadores, nas medidas correspondentes, na interpretação da referência teórica e na consistência da justificativa apresentada para o indicador.

Agradecemos desde já sua valiosa participação e aguardamos suas análises.

Atenciosamente, Os pesquisadores.

## APÊNDICE D - Questionário para coleta de dados dos municípios.

QUESTIONÁRIO
<p><b>OBSERVAÇÕES INICIAIS:</b></p> <p>Caro entrevistado.</p> <p>Após análise pelo Coordenador do Conselho das explicações encaminhadas referentes à pesquisa e do questionário aqui presente, e com a pertinente autorização do mesmo, solicitamos que este questionário seja respondido através da sua vivência no Conselho, ou, quando necessário, através de análise de registros do Conselho (atas, ofícios, etc). Após 1 (uma semana) do envio, estaremos entrando em contato para agendar um encontro para esclarecer dúvidas pendentes, e recolher o questionário respondido.</p> <p>É recomendado que este questionário seja respondido por integrante da Mesa Diretora do Conselho.</p> <p>Obrigado.</p> <p>Mauro Vieira, mestrando – <a href="mailto:maurovi@terra.com.br">maurovi@terra.com.br</a> – (47) 91020774</p>
<p><b>I. DADOS DO ENTREVISTADO</b></p>
Nome:
Pertence ao Município de:
Telefone para contato:
Correio Eletrônico:
<p><b>Segmento</b> a que pertence no Conselho de Saúde:</p> <p><input type="checkbox"/> Usuário</p> <p><input type="checkbox"/> Profissional de Saúde</p> <p><input type="checkbox"/> Governo (Secretaria de Saúde)</p> <p><input type="checkbox"/> Prestador de serviço de saúde</p> <p>Tempo de atuação do Conselho de Saúde: _____</p> <p>Observação: _____</p>
<p><b>Cargo na Mesa Diretora</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nenhum Cargo na Mesa Diretora</p> <p><input type="checkbox"/> Presidente / Coordenador</p> <p><input type="checkbox"/> Vice-Presidente / Vice-Coordenador</p> <p><input type="checkbox"/> Secretário</p> <p><input type="checkbox"/> Vice-Secretário</p>
<p><b>II. ESTRUTURA DO CONSELHO DE SAÚDE</b></p>
<p>1) Com relação a sua <b>estrutura administrativa</b>, o Conselho de Saúde possui:</p> <p><input type="checkbox"/> Sala própria</p> <p><input type="checkbox"/> Computador próprio</p> <p><input type="checkbox"/> Computador de outro setor da Prefeitura</p> <p><input type="checkbox"/> Telefone próprio</p> <p><input type="checkbox"/> Telefone de outro setor da Prefeitura</p> <p><input type="checkbox"/> Nenhum dos anteriores</p>

2) Com relação a sua <b>Secretaria Executiva</b> , o Conselho de Saúde possui:	
<input type="checkbox"/> Servidor Público Municipal para a atividade de Secretário Executivo, indicado <b>formalmente</b> para o cargo (através de Portaria, Memorando, Comunicação Interna) <input type="checkbox"/> Servidor Público Municipal para a atividade de Secretário Executivo, indicado <b>informalmente</b> para o cargo <input type="checkbox"/> Não possui Secretário Executivo	
3) Com relação ao orçamento próprio, o Conselho de Saúde possui <b>rubrica no orçamento</b> municipal específico para o controle social:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
4) Com relação ao <b>Regimento Interno</b> o Conselho de Saúde:	
<input type="checkbox"/> Possui Regimento Interno, homologado pelo Prefeito <input type="checkbox"/> Possui Regimento Interno, porém não homologado pelo Prefeito <input type="checkbox"/> Não possui Regimento Interno	
<b>III. REPRESENTATIVIDADE</b>	
5.1) Quantos <b>conselheiros titulares</b> possui o conselho?	( )
5.2) Quantos conselheiros <b>titulares</b> são representantes do segmento dos <b>usuários</b> ?	( )
5.3) Quantos conselheiros <b>titulares</b> são representantes do segmento dos <b>profissionais de saúde</b> ?	( )
5.4) Quantos conselheiros <b>titulares</b> são representantes do <b>governo</b> (Secretaria de Saúde)?	( )
5.5) Quantos conselheiros <b>titulares</b> são representantes do segmento dos <b>prestadores de serviço de saúde</b> ?	( )
6) Há profissionais de saúde, cargos comissionados do governo ou prestadores de serviço de saúde <b>como representantes do segmento dos usuários</b> ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7.1) Quantos conselheiros foram <b>indicados por escrito</b> , através de documento oficial, pelas entidades dos <b>usuários</b> ?	( )
7.2) Quantos conselheiros foram <b>indicados por escrito</b> , através de documento oficial, pelos <b>profissionais de saúde</b> ?	( )
7.3) Quantos conselheiros foram <b>indicados por escrito</b> , através de documento oficial, pelo <b>governo</b> (Secretaria de Saúde)?	( )
7.4) Quantos conselheiros foram <b>indicados por escrito</b> , através de documento oficial, pelos <b>prestadores de serviço de saúde</b> ?	( )
8.1) O conselho tem <b>Mesa Diretora</b> ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8.2) A Mesa Diretora é composta por <b>quantos membros</b> ?	1 2 3 4
8.3) Quantos membros da Mesa Diretora são representantes do segmento dos <b>usuários</b> ?	0 1 2 3 4



IV. DINÂMICA ORGANIZACIONAL		
9) Quantas <b>reuniões</b> foram realizadas nos 9 meses de <b>março a novembro</b> do ano passado (2009)?		<input type="checkbox"/> 9 ou mais <input type="checkbox"/> 8 ou menos
10) Qual meio de comunicação é utilizado para a <b>divulgação à população das datas e horários das reuniões</b> à comunidade?	<input type="checkbox"/> rádio <input type="checkbox"/> jornal <input type="checkbox"/> cartaz  <input type="checkbox"/> outro: <input type="checkbox"/> Não há divulgação	<input type="checkbox"/> panfleto <input type="checkbox"/> mural
11) Há <b>rotina</b> de entrega da <b>pauta</b> das reuniões aos conselheiros com a <b>antecedência</b> prevista no Regimento Interno, ou, se não houver regimento, de entrega na semana anterior à reunião?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Observação:
12) Há <b>rotina</b> de entrega de <b>material de apoio às reuniões</b> (relatórios, planos, programas, etc) aos conselheiros com a <b>antecedência</b> prevista no Regimento Interno, ou, se não houver Regimento, de entrega na semana anterior à reunião?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Observação:
13) A <b>ata da reunião</b> é aprovada rotineiramente ao final da mesma reunião, ou no início da reunião seguinte?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
14) A <b>pauta da reunião</b> é rotineiramente aprovada antes que a mesma inicie?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
15) Em 2009 foram estabelecidos Resoluções, Recomendações, Normatizações ou Moções decorrentes das <b>decisões e deliberações</b> da Plenária do Conselho:		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
16) Qual <b>meio de comunicação</b> é utilizado para a <b>divulgação à população das deliberações</b> que ocorreram nas reuniões do Conselho?	<input type="checkbox"/> rádio <input type="checkbox"/> jornal <input type="checkbox"/> cartaz  <input type="checkbox"/> outro: _____	<input type="checkbox"/> panfleto <input type="checkbox"/> mural <input type="checkbox"/> publicação oficial
( ) Não há divulgação por nenhum meio		
17) Houve <b>convocação</b> por parte do Conselho de Saúde de <b>Conferência Municipal de Saúde, ou Regional</b> , nos últimos 4 anos (entre 2006 e 2009)?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
V. SISTEMA DE PLANEJAMENTO DO SUS		
18) O <b>Plano Municipal de Saúde</b> foi apreciado pelo Conselho de Saúde nos últimos 4 anos (entre 2006 e 2009)?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
19) O <b>Plano Plurianual (PPA)</b> foi apreciado pelo Conselho de Saúde no primeiro ano de mandato do Prefeito Municipal (em 2009)?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
20) O <b>Relatório de Gestão Anual (RAG)</b> foi apreciado pelo Conselho de Saúde no último ano (em 2009)?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim

21) A <b>Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)</b> foi apreciada pelo Conselho de Saúde no último ano (em 2009)?	<input type="checkbox"/> Não
<b>VI. AUTONOMIA</b>	
22) O Presidente/coordenador do Conselho é <b>eleito</b> ? <input type="checkbox"/> Sim, é eleito <input type="checkbox"/> Não, já é automaticamente o Secretário de Saúde	
23.1) Quantos <b>conselheiros usuários</b> deixaram o cargo na mudança do governo municipal de 2008 para 2009?	(        )
23.2) Quantos <b>conselheiros profissionais de saúde</b> deixaram o cargo na mudança do governo municipal de 2008 para 2009?	(        )
23.3) Quantos <b>conselheiros prestadores de serviço de saúde</b> deixaram o cargo na mudança do governo municipal de 2008 para 2009?	(        )
24) Há <b>Comissões Internas</b> (ou Câmaras Técnicas) <b>formalmente constituídas</b> no Conselho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
25) As <b>Comissões Internas</b> (ou Câmaras Técnicas), quando existem, <b>apresentam Pareceres</b> para serem apreciados pelo Conselho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
26) O Chefe do Poder Executivo tem <b>rotina de apreciar os atos deliberativos do Conselho</b> através de ato legal da administração pública (Portaria, Memorando, Comunicação Interna, publicação oficial)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

## **APÊNDICE E - Convite a conselheiros para pré-teste do questionário.**

### **CARO CONSELHEIRO MUNICIPAL DE SAÚDE.**

Estamos ora desenvolvendo uma dissertação de Pós-graduação em Saúde Pública a nível de mestrado, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob a orientação da Dra. Maria Cristina M. Calvo. O título da pesquisa é **“Modelo de Avaliação da Participação Popular em Sistema Locais de Saúde”**, a qual objetiva avaliar as condições que os mesmos têm para atuarem na formulação das políticas municipais de saúde, assim como do suporte da gestão municipal para atuarem de acordo com o previsto. A importância, em última análise, está em compreender de que forma a sua atuação pode ser desenvolvida para o bom andamento dos preceitos constitucionais em defesa da qualidade dos serviços de saúde.

A pesquisa será desenvolvida através da aplicação de um questionário a um integrante atuante dos conselhos de saúde dos municípios da AMFRI (Associação dos Municípios da Região da Foz do Rio Itajaí) e AMMVI (Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí), num total de 24 conselhos fazendo parte do estudo.

O questionário será composto de 36 tópicos, correspondendo a análise de 26 critérios de avaliação, os quais estarão distribuídos em 5 dimensões (Estrutura, Representatividade, Dinâmica Organizacional, Sistema de Planejamento do SUS e Autonomia). Para que o questionário possa alcançar com propriedade os objetivos para os quais foi desenvolvido, vimos por meio desta solicitar a sua participação na realização de um PRÉ-TESTE deste questionário. O objetivo é identificar dúvidas que possam surgir quanto à compreensão das perguntas e escolha das respostas, com a finalidade de aperfeiçoar o instrumento.

Caso concordes em participar podemos marcar um horário para aplicação do mesmo. O tempo previsto para aplicação será de 15 minutos.

Esperando contar com seu apoio para mais essa iniciativa de aprimoramento do SUS.

Atenciosamente,

Mauro Vieira – Mestrando

Dra. Maria Cristina M. Calvo – Orientadora – UFSC.

## APÊNDICE F - Carta de apresentação aos Coordenadores dos Conselhos de Saúde sobre objetivos da pesquisa.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CARO COORDENADOR DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE... – Sr.

Como é de seu conhecimento, como atuante na coordenação do Conselho de Saúde, este colegiado é de suma importância para o desenvolvimento de bons encaminhamentos que permitam ao Sistema Único de Saúde - SUS cumprir com suas responsabilidades quanto ao atendimento das necessidades de atenção à saúde da população do seu município, e, por conseguinte, do nosso país como um todo.

Para cumprir tal função, os mesmos contam com um arcabouço jurídico que regulamenta a sua atuação, especialmente a Lei 8.142/90 que “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)”, o Parecer nº 333/03 do Conselho Nacional e Saúde que “Aprova as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde”, assim como as Portarias Ministeriais 3332/06 e 3176/08, que tratam das responsabilidades dos Conselhos referentes ao Sistema de Planejamento do SUS.

Foi analisando especialmente estas bases documentais que ora estamos desenvolvendo uma dissertação de Pós-graduação em Saúde Pública a nível de mestrado pela UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina), orientados pela Dra. Maria Cristina M. Calvo, chamada **“Modelo de Avaliação da Participação Popular em Sistema Locais de Saúde”**, do qual serão convidados a fazer parte os municípios da AMFRI (Associação dos Municípios da Região da Foz do Rio Itajaí) e AMMVI (Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí), Associação do qual seu município faz parte.

O objetivo desta dissertação não se refere à avaliação dos conselheiros, ou ao que foi decidido pelos mesmos, mas sim das condições que os mesmos têm para atuarem na formulação das políticas municipais de saúde, assim como do suporte da gestão municipal para atuarem de acordo com o previsto. A importância, em última análise,

está em compreender de que forma a sua atuação pode ser desenvolvida para o bom andamento dos preceitos constitucionais em defesa da qualidade dos serviços de saúde.

Para tanto encaminhamos através desta um pedido de autorização para a realização do estudo no Conselho de Saúde de seu município, através da aplicação de questionário com 26 critérios de avaliação, os quais estarão distribuídos em 5 dimensões (Estrutura, Representatividade, Dinâmica Organizacional, Sistema de Planejamento do SUS e Autonomia), processo este que contará com nosso acompanhamento, inclusive com nossa presença, quando necessário.

Esperando contar com seu apoio,  
Atenciosamente,

Mauro Vieira – Mestrando  
Dra. Maria Cristina M. Calvo – Orientadora – UFSC.

Bombinhas, 06 de maio de 2010.

**APÊNDICE G – Modelo de autorização para coordenadores de conselhos para realização do estudo**

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, Coordenador do Conselho Municipal de Saúde de \_\_\_\_\_, autorizo a aplicação do questionário “AVALIAÇÃO DA ATUAÇÃO DE CONSELHO DE SAÚDE” a um integrante deste Conselho. O questionário citado subsidiará a elaboração da dissertação de mestrado intitulada “**Modelo de Avaliação da Participação Popular em Sistemas Locais de Saúde**”, de Mauro Vieira, sob orientação da Professora Dra Maria Cristina Marino Calvo, no programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

Assinatura  
Coordenador do CMS de

, \_\_ de maio de 2010.

## APÊNDICE H - Questionário proposto para coleta de dados dos municípios.

<b>QUESTIONÁRIO</b> <b>AValiação da Gestão da Participação Popular</b> <b>em Sistemas Municipais de Saúde</b>	
<b>I. ESTRUTURA DO CONSELHO DE SAÚDE</b>	
1) Com relação a sua <b>estrutura administrativa</b> , o Conselho de Saúde possui:	
<input type="checkbox"/> Sala própria <input type="checkbox"/> Computador próprio <input type="checkbox"/> Telefone próprio <input type="checkbox"/> Nenhum dos anteriores	
2) Com relação a seu <b>Secretário Executivo</b> , o Conselho de Saúde possui:	
<input type="checkbox"/> Servidor Público Municipal para a atividade de Secretário Executivo, indicado <b>formalmente</b> para o cargo (através de Portaria, Memorando, Comunicação Interna) <input type="checkbox"/> Servidor Público Municipal para a atividade de Secretário Executivo, indicado <b>informalmente</b> para o cargo <input type="checkbox"/> Não possui Secretário Executivo	
3) Com relação ao orçamento próprio, o Conselho de Saúde possui <b>rubrica no orçamento</b> municipal específica para o controle social:	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
4) Com relação ao <b>Regimento Interno</b> o Conselho de Saúde:	
<input type="checkbox"/> Possui Regimento Interno, homologado pelo Prefeito <input type="checkbox"/> Possui Regimento Interno, porém não homologado pelo Prefeito <input type="checkbox"/> Não possui Regimento Interno	
<b>II. REPRESENTATIVIDADE</b>	
5.1) Quantos <b>conselheiros titulares</b> possui o conselho?	(       )
5.2) Quantos conselheiros <b>titulares</b> são representantes do segmento dos <b>usuários</b> ?	(       )
5.3) Quantos conselheiros <b>titulares</b> são representantes do segmento dos <b>profissionais de saúde</b> ?	(       )
5.4) Quantos conselheiros <b>titulares</b> são representantes do <b>governo</b> (Secretaria de Saúde)?	(       )
5.5) Quantos conselheiros <b>titulares</b> são representantes do segmento dos <b>prestadores de serviço de saúde</b> ?	(       )
6) Há profissionais de saúde, cargos comissionados do governo ou prestadores de serviço de saúde <b>como representantes do segmento dos usuários</b> ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7.1) Quantos conselheiros titulares foram <b>indicados por escrito</b> , através de documento oficial, pelas entidades dos <b>usuários</b> ?	(       )
7.2) Quantos conselheiros titulares foram <b>indicados por</b>	(       )

escrito, através de documento oficial resultante de assembléia de <b>profissionais de saúde</b> ?		
7.3) Quantos conselheiros titulares foram <b>indicados por escrito</b> , através de documento oficial, pelo <b>governo</b> (Secretaria de Saúde)?		(        )
7.4) Quantos conselheiros titulares foram <b>indicados por escrito</b> , através de documento oficial, pelos <b>prestadores de serviço de saúde</b> ?		(        )
8.1) O conselho tem <b>Mesa Diretora</b> ?		( ) Sim   ( ) Não
8.2) A Mesa Diretora é composta por <b>quantos membros</b> ?		1   2   3   4
8.3) Quantos membros da Mesa Diretora são representantes do segmento dos <b>usuários</b> ?		0   1   2   3   4
<b>III. DINÂMICA ORGANIZACIONAL</b>		
9) Quantas <b>reuniões</b> foram realizadas nos 9 meses de <b>março a novembro</b> do ano passado (2009)?		( ) 9 ou mais ( ) 8 ou menos
10) Qual meio de comunicação é utilizado para a <b>divulgação à população das datas e horários das reuniões</b> à comunidade?	<input type="checkbox"/> rádio <input type="checkbox"/> panfleto <input type="checkbox"/> jornal <input type="checkbox"/> mural <input type="checkbox"/> cartaz  <input type="checkbox"/> outro: _____ <input type="checkbox"/> Não há divulgação	
11) Há <b>rotina</b> de entrega da <b>pauta</b> das reuniões aos conselheiros com a <b>antecedência</b> prevista no Regimento Interno, ou, se não houver regimento, de entrega na semana anterior à reunião?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Não Observação:	
12) Há <b>rotina</b> de entrega de <b>material de apoio às reuniões</b> (relatórios, planos, programas, etc) aos conselheiros com a <b>antecedência</b> prevista no Regimento Interno, ou, se não houver Regimento, de entrega na semana anterior à reunião?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Não Observação:	
13) A <b>pauta da reunião</b> é rotineiramente aprovada antes que a mesma inicie?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
14) Em 2009 foram estabelecidos Resoluções, Recomendações, Normatizações ou Moções decorrentes das <b>decisões e deliberações</b> da Plenária do Conselho:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
15) Qual <b>meio de comunicação</b> é utilizado para a <b>divulgação à população das deliberações</b> que ocorreram nas reuniões do Conselho?	<input type="checkbox"/> rádio <input type="checkbox"/> panfleto <input type="checkbox"/> jornal <input type="checkbox"/> mural <input type="checkbox"/> cartaz <input type="checkbox"/> publicação oficial  <input type="checkbox"/> outro: _____ <input type="checkbox"/> Não há divulgação por nenhum meio	



<b>IV. SISTEMA DE PLANEJAMENTO DO SUS</b>	
16) O <b>Plano Municipal de Saúde</b> foi apreciado pelo Conselho de Saúde nos últimos 4 anos (entre 2006 e 2009)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
17) O <b>Plano Plurianual (PPA)</b> foi apreciado pelo Conselho de Saúde no primeiro ano de mandato do Prefeito Municipal (em 2009)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
18) A <b>Programação Anual de Saúde (PAS)</b> foi apreciada pelo Conselho de Saúde no último ano (em 2009)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
19) A <b>Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)</b> foi apreciada pelo Conselho de Saúde no último ano (em 2009)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>V. AUTONOMIA</b>	
20) O Presidente/coordenador do Conselho é <b>eleito</b> <input type="checkbox"/> Sim, é eleito <input type="checkbox"/> Não, já é automaticamente o Secretário de Saúde	
21) Os conselheiros tiveram mandatos que não coincidiram com a última mudança do governo municipal?	(        )
22) Há <b>Comissões Internas</b> (ou Câmaras Técnicas) <b>formalmente constituídas</b> no Conselho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
23) As <b>Comissões Internas</b> (ou Câmaras Técnicas), quando existem, <b>apresentam Pareceres</b> para serem apreciados pelo Conselho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
24) O Prefeito tem <b>rotina de apreciar os atos deliberativos do Conselho</b> através de ato legal da administração pública (Portaria, Memorando, Comunicação Interna, publicação oficial)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não